



**GOBERNACIÓN DE BOLÍVAR  
DESPACHO DEL GOBERNADOR**

Cartagena de Indias, 6 de octubre de 2020

**SANCION GUBERNAMENTAL**

El Gobernador de Bolívar, en uso de sus facultades legales, especialmente las conferidas por el numeral 9 del artículo 305 de la Constitución Política y el artículo 162 del Acto Reglamentario No. 01 de 2010; por estar conforme a la Constitución, a la Ley y a las políticas de Gobierno, sanciona en todas sus partes la Ordenanza:

Proyecto de Ordenanza "Por medio del cual se adopta "EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2020-2023, BOLIVAR PRIMERO EN SALUD", del Departamento de Bolívar".

La cual se identifica con el número:

**297**

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

  
**VICENTE ANTONIO BLEL SCAFF**  
Gobernador de Bolívar

Aprobó: Juan Mauricio González Negrete -Secretario Jurídico  
Revisó: Nohora Serrano Van-strahlen- Directora de Actos Administrativos  
Elaboró: Jorge A. Díaz Gutierrez - P.U. Secretaria Jurídica



NIT. 806.005.597-1

**ORDENANZA N° 297 DE 2020**

**“POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL “PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2020 -2023, BOLÍVAR PRIMERO EN SALUD”, DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR”.**

**LA HONORABLE ASAMBLEA DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR**

En uso de sus atribuciones constitucionales y legales y en especial las que le confiere el numeral 3 del artículo 300 de la Constitución Nacional, la ley 152 de 1994 y el decreto 1222 de 1986.

**ORDENA:**

**ARTÍCULO 1: ADOPCION DEL PLAN:** Adoptase el PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2020 -2023 DE BOLÍVAR, “BOLIVAR PRIMERO EN SALUD”, como parte integral del Plan de Desarrollo “BOLÍVAR PRIMERO”, cuya formulación y contenido es el siguiente:

**“PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE BOLÍVAR 2020 – 2023, BOLÍVAR PRIMERO EN SALUD”**

**CONTENIDO**

1. PRESENTACIÓN	5
2. INTRODUCCIÓN	7
3. ANTECEDENTES	9
4. MARCO NORMATIVO	10
5. DIAGNÓSTICO DE OPINIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA BOLIVARENSE	13
6. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN SALUD DE BOLÍVAR	17
6.1. Dinámica Demográfica Básica del Departamento de Bolívar	18
6.1.1. Tamaño y Distribución de la Población	18
6.1.2. Estructura demográfica	19
6.1.3. Crecimiento Poblacional	22
6.1.4. Grupos Poblacionales según Grado de Vulnerabilidad	23
6.1.4.1. Población étnica	23
6.2. Caracterización del Contexto Territorial	24
6.2.1. Características físicas del territorio	26
6.2.2 Ecosistemas Estratégicos y Uso Sostenible del Territorio	28
6.2.3. Accesibilidad geográfica	30
6.3. Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS	31
6.3.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud	31
6.3.1.1. Condiciones de vida	31
	1

Manga, 3ra Avenida No. 24-79 Edificio Centro Empresarial el Imán Piso 4° y 5°  
Cartagena D.T. y C. – Colombia

Tel: 6431718 E- mail: [asambleadepartamentaldebolivar@gmail.com](mailto:asambleadepartamentaldebolivar@gmail.com)



NIT. 806.005.597-1	
6.3.1.2. Disponibilidad de alimentos	32
6.3.1.3. Condiciones factores, psicológicos y culturales	33
6.3.1.4 Sistema sanitario	35
6.3.2. Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud	36
6.3.2.1. Necesidades Básicas Insatisfechas y Situación de Pobreza	36
6.3.2.2. Oferta de Servicios de Salud	37
6.3.2.3 Educación	38
6.3.3. Abordaje de los Efectos de Salud y Sus Determinantes	38
6.3.3.1. Mortalidad	38
6.3.3.2. Morbilidad	42
6.4 Priorización de los problemas de salud	49
6.5. Análisis de los Indicadores Trazadores del Sector Salud	52
7. RESULTADOS PRIORIZACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE POBLACIÓN AFILIADA A LAS EAPB	58
8. CONFIGURACIÓN ACTUAL DEL TERRITORIO Y METAFORA QUE LA IDENTIFICA	63
9. CONFIGURACIÓN DESEADA Y METAFORA QUE LA IDENTIFICA	66
10. VENTAJAS Y OPORTUNIDADES	69
11. COMPONENTE ESTRATEGICO A MEDIANO PLAZO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	69
11. 1. VISIÓN	69
11.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS	69
11.2.1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA	69
11.2.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD	70
11.3. OBJETIVOS Y METAS POR PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS	71
11.3.1. SALUD AMBIENTAL	71
11.3.2. VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	73
11.3.3. CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	75
11.3.4. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	76
11.3.5. SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	79
11.3.6 VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	81
11.3.7 SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	85
11.3.8. SALUD Y ÁMBITO LABORAL	86
11.3.9. GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES	87
11.3.10. FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	93
12. COMPONENTE OPERATIVO PLURIANUAL DE INVERSIONES EN SALUD	101



NIT. 806.005.597-1

**AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES****EQUIPO DIRECTIVO SECRETARÍA DE SALUD**

Alvaro Gonzalez Hollman  
**Secretario de Salud Departamental**

Julio César Luna Marrugo  
**Jefe Oficina Asesora Planeación**

Eduardo Franco Osorio  
**Director de Salud pública**

Larry Laza Barrios  
**Director de Aseguramiento y Prestación de Servicios**

Alida Montes Medina  
**Directora Inspección Vigilancia y control en salud**

Sady Isabel Bettin Hoyos  
**Directora Administrativa y Financiera**

Eberto Antonio Oñate del Río  
**Jefe Oficina Asesora Jurídica**

**EQUIPO DIRECCION DE SALUD PÚBLICA**

Ramiro Antonio Pereira Lentino  
**Dimensión Salud Ambiental**

Rodolfo Quintana Manzur  
Eduardo Quesada Guerra  
Enith Mejía Rodríguez  
**Dimensión Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles**

Aury Sánchez Camacho  
**Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental**  
**Dimensión Salud y ámbito Laboral**

Esther Mercado Bermúdez  
Antonio Pérez Villalba  
**Dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional**

Ramiro Pereira Lentino  
Yaidith Ramos Manotas  
Ana María Bustillo Palis  
**Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles**

Mónica Guardo Roa  
Reyna Ayola Cerro  
**Dimensión Sexualidad Derechos Sexuales y Reproductivos**





NIT. 806.005.597-1

Luis Eduardo Ortiz Herrera

**Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres**

Alcira Castro Castro

Herica Nieto Comas

Nohora Faciolince Pacheco

**Dimensión Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables**

Haydee Yepes Blanquiceth; Paola Vargas Díaz; Jenny Medina Chartunny; Norma Patricia Bermúdez Guerrero; Lucy Martínez Galeano; Gustavo Serrano Ledesma; Leasandra Vizcaíno Escobar; Martha Hernández

**Dimensión Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria en Salud**

Alicia Peña Ávila

**P.E. Coordinación de Presupuesto****EQUIPO OFICINA ASESORA PLANEACIÓN EN SALUD**

Jhon Jairo Pereira Guzmán

**Profesional Especializado – Magister en Epidemiología- Contratista- Equipo Gestión del Conocimiento y Sistemas de Información****Coordinación Estrategia Pase a la equidad**

Edgar Ramiro Rodríguez Cabrera

**Profesional Universitario Gestión del conocimiento y administración de sistemas de Información- Planta**

Ana Luisa Morelos Gómez

**Especialista en Gerencia en Salud – Contratista- Equipo proyectos**

María Marquesa Pérez Cotera

**Especialista en Proyectos- Contratista-Equipo proyectos**

Gleicy Elizabeth Muñoz Viloria

**Ingeniera en Sistemas- Cargue PTS- Contratista equipo PTS**

María Mónica Azuero Polo

**Administradora de Empresas- Cargue parte Financiera PTS- Contratista equipo PTS**

Willy Zuccardi Campo

**Ingeniero en Sistemas- Gestión del conocimiento y sistemas de Información - Contratista**

Yesid Vera Faciolince

**Profesional Especialista en Finanzas – Contratista Equipo de proyectos**

Felipe Cuadro Villamil

**Tecnólogo en administración – Contratista Equipo de proyectos**



NIT. 806.005.597-1

## 1. PRESENTACIÓN



El 9 de junio del 2020, como Gobernador del Departamento de Bolívar, hice público el plan de desarrollo “Bolívar Primero 2020-2023”, en el cual se vincularon las Metas de Resultado del sector Salud como parte integral de este documento dentro del Eje estratégico “Bolívar Progresa, superación de la pobreza”, orientando al sector hacia una visión de fortalecimiento en el modelo de atención en salud a la población Bolivarenses, generando equidad en los sectores urbano y rural, logrando una vida digna y saludable para los bolivarenses.

Hoy nos complace presentar el Plan Territorial de Salud “**Bolívar Primero en Salud**” 2020-2023, instrumento central de la Planeación integral en salud, que ha de constituir el eje central de las políticas de salud de nuestro compromiso para los próximos cuatro años.

Tanto la metodología participativa empleada en su elaboración como el proceso de exposición pública al que ha sido sometido con acompañamiento del equipo interdisciplinario, nos ha permitido enriquecer el plan mediante el trabajo en equipo para el logro de los objetivos propuestos.

A la hora de establecer sus estrategias, este Plan no se ha limitado a priorizar solo las intervenciones de alto impacto en torno a la mortalidad o la morbilidad, sino que ha mirado más allá, teniendo en cuenta el comportamiento de los elementos poblacionales, además del contexto territorial geográfico y los determinantes sociales del proceso salud enfermedad.

Con el comportamiento actual de los datos estadísticos, epidemiológicos, Análisis de Situación en Salud- ASIS y lo social, resulta indispensable que las intervenciones en salud consideren aspectos relevantes como son la población rural, sus corregimientos, veredas y el enfoque diferencial teniendo en cuenta los grupos étnicos presentes en Bolívar, la población víctima del conflicto armado y población LGBTI, en el Departamento.

El Plan Territorial identifica 10 programas que se corresponden con las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, que se despliegan en un conjunto de subprogramas equivalentes a sus componentes. Se establecen responsabilidades definidas, Metas de Resultado e indicadores medibles, que permiten evaluar y rendir cuentas de la eficacia y eficiencia de los resultados.

El Plan Territorial de Salud no pasa por alto los obstáculos o los riesgos que pueden materializarse en la situación coyuntural de la pandemia de la Covid-19, abordando y contemplando acciones a través de los instrumentos propios de la **Planeación Integral para**



NIT. 806.005.597-1

**la Salud** en el marco de los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad. Con ello, se pretende asegurar que todas las prioridades en Salud sean atendidas.

Se pretende que el Plan Territorial de Salud se constituya en el eje central de la Gestión de la Salud Pública y ruta a seguir de la administración departamental que ayuden al objetivo de mirar a **Bolívar, siendo competitiva, con inclusión social y productiva, sostenibilidad ambiental, seguridad, ciudadanía activa en lo urbano y en lo rural, instituciones fuertes y buen gobierno, con énfasis en la salud de las personas, en el capital humano y en la economía solidaria, como factores propulsores del bienestar.**

Nuestro principal reto es lograr que a través del alcance de cada meta e indicador planteado, se genere un impacto positivo en el mejoramiento de la calidad de vida de los bolívareses, apuntando a una prestación de servicios de salud digna y una administración de recursos con responsabilidad.

Nuestro Plan Territorial de Salud se nutre especialmente de cuatro fuentes importantes que orientan el futuro y nos permiten fijar los objetivos en los cuales nos comprometemos a ser primeros en salud, siendo ellas: el Programa de Gobierno 2020-2023, los acuerdos con las comunidades, el Plan Decenal de Salud pública 2012 – 2021 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos por las Naciones Unidas como agenda estratégica internacional para el 2030.

En Bolívar buscaremos el desarrollo de círculos virtuosos orientados a la intervención de los determinantes sociales, sobre todo los que afectan a la provincia, con énfasis en el mejoramiento del fortalecimiento de las condiciones socioeconómicas, el manejo de la prevención y gestión del riesgo de desastres, la eficiente administración de los recursos, en el marco de una gestión pública con articulación intersectorial y transectorial, para maximizar el bienestar de toda la población.



NIT. 806.005.597-1

## 2. INTRODUCCIÓN

El Plan Territorial de Salud del Departamento de Bolívar 2020-2023 “**Bolívar Primero en Salud**” es el instrumento principal de la planificación en salud de nuestro territorio, en el cual se establecen las prioridades de intervención en salud, se fijan objetivos, se definen los programas necesarios para mejorar los resultados en salud de la población bolivarense.

La formulación del Plan Territorial es una norma legal, acorde con los lineamientos establecidos, bajo la metodología **Pase a la Equidad**, en el Marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, el cual es la apuesta en salud que pretende dar cumplimiento a lo establecido en la resolución 1841 de 2013; contiene metas y define las estrategias que se expresan en el Componente Estratégico Operativo y de Inversiones, como parte de los procesos integrales de planeación en salud en concordancia con los lineamientos nacionales vigentes.

La Resolución 1536 de 2015, define la **Planeación Integral en Salud** como el: “conjunto de procesos relacionados entre sí, que permite a las entidades territoriales definir acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud (PTS), bajo los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad”, siendo el Ciclo de la Gestión Pública y la Planeación Integral en Salud.

El Plan de Salud Territorial es un instrumento estratégico e indicativo de la política pública de salud, que permite a las entidades territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública:

- Equidad en salud
- Afectación positiva de los determinantes de la salud
- Mitigación de los impactos de la carga de la enfermedad, todo ello en la búsqueda de alcanzar la visión de paz, equidad social, y el desarrollo sostenible y sustentable.

Siendo así, en los Planes Territoriales se establecen las prioridades, se planifican las estrategias y se promueven acciones e iniciativas de cambio con el alcance necesario para mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la población.

La realización de un Plan Territorial de Salud exige un previo análisis de la situación de salud de la población, bajo el modelo adecuado de sus determinantes, caracterización de los afiliados de cada una de las EAPB que hacen presencia en el territorio, priorización en salud pública con un análisis de los factores condicionantes y de las posibles alternativas de intervención y de su contribución esperada a la mejora de los niveles de salud, con particular pero no exclusiva atención a la intervención de los servicios de atención en salud, con la inclusión del componente estratégico y de Inversión Plurianual.

Se elabora bajo la metodología **PASE A LA EQUIDAD** en Salud, mediante la Ruta Lógica para la formulación de los Planes Territoriales en Salud; proporciona los elementos técnicos y metodológicos, al igual que las estrategias y desafíos para dar cumplimiento a las metas del



NIT. 806.005.597-1

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, siendo actualizadas con los datos estadísticos de los indicadores presentes en la última actualización del Análisis de situación de salud, elaborado por la Oficina Asesora de Planeación.

Para dar respuesta a las necesidades en salud de los habitantes del departamento del Bolívar, se requiere de políticas fundamentadas que se desarrollen en todos los extremos del territorio, como lo es la Política de Atención Integral en Salud, que a través de modelos consensuados (RIAS) podrán suplir las necesidades de salud en el territorio.

El Plan Territorial de Salud, tiene inmerso los enfoques del Plan de Desarrollo **Bolívar Primero 2020-2023**, los cuales contemplan: 1. Enfoque de Desarrollo Humano; 2. Enfoque territorial participativo; 3. Paz y Reconciliación; 4. Enfoque diferencial; 5. Enfoque de Derechos (concibe tres tipos de políticas públicas bajo el enfoque de derecho, a) Políticas de Atención y de Promoción de los Derechos Humanos, b) Políticas de Protección de los Derechos Humanos y c) Políticas de Vigilancia de los Derechos Humanos; 6. Enfoque de equidad de género y 7. Enfoque de Gestión pública orientada a resultados.

El accionar del gobierno Bolívar Primero se afianza bajos principios de Eficiencia, Solidaridad, Moralidad, Participación y Transparencia, tienen el **propósito de fundamentos éticos y normativos con carácter vinculante encargados de fijar el alcance en la interpretación de los objetivos y metas del Plan de Desarrollo Bolívar Primero consolidado en los escenarios de diálogo y participación.**

En este sentido, el Plan de Salud Territorial adopta y adapta los principios y premisas del Plan de Desarrollo, principalmente en el reconocimiento de servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los derechos y deberes, así como su visión de largo plazo, como una oportunidad de avanzar hacia un mejor porvenir, logrando los mejores estándares de calidad de vida de los bolivarenses.



NIT. 806.005.597-1

### 3. ANTECEDENTES

Para dar cumplimiento en lo establecido en la **Resolución 1536 de 2015**, el Ministerio de Salud y Protección Social proporciona los elementos técnicos y metodológicos para el desarrollo de los procesos de Planeación Integral en Salud en los territorios, para tal fin diseño herramientas que permitirían mediante la participación ciudadana y el trabajo en equipo la formulación del Plan Territorial de Salud – PTS 2020-2023, “**Bolívar primero en Salud**”, integrando todas las acciones, estrategias y programas que son la base el monitoreo y evaluación de la gestión en salud; alternado de forma simultánea con los programas y subprogramas del **Plan de Desarrollo Bolívar Primero 2020-2023**, aprobado mediante Ordenanza 289 del 9 de junio de 2020, en el marco de la Ley 152 de 1994, mediante la cual se establecen los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los Planes de Desarrollo como instrumentos de la planeación en Colombia. En este sentido el Plan de Desarrollo vincula automáticamente al P.D.S.P y a todas las políticas sectoriales que se implementan en el territorio.

En el año 2016, es importante resaltar el proceso de armonización del Plan Territorial de Salud –PTS 2016-2019 “Bolívar Sí Avanza con Salud Integral para Todos” con el **Plan Decenal de Salud Pública – PDSP** mediante la metodología PASE a la Equidad en Salud, continuando hoy con la formulación del “**Plan Territorial Bolívar Primero en Salud 2020-2023**”, con su respectivo Componente Operativo Anual de Inversiones - COAI, su Plan de Acción teniendo en cuenta las dimensiones establecidas en el PDSP.

Todo lo anterior fue fundamentado en el cumplimiento de la **Resolución 1841 de 2013** del Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual se adoptó el Plan decenal de Salud del País 2012-2021, para lo cual era indispensable que todos los territorios apropiaran estrategias para la elaboración del Plan Territorial en el Departamento y en Municipios.

La Gobernación de Bolívar, a través de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Planeación llevaron a cabo las actividades de formación, asesoría y acompañamiento propias de la asistencia técnica para la formulación del PTS y del plan de desarrollo territorial respectivamente.

En este marco, el resultado del proceso de planeación integral en salud, interrelaciona cada momento de la gestión pública, desde la implementación hasta la rendición de cuentas a la ciudadanía dando respuesta a los desafíos actuales en salud pública, mediante el planteamiento de estrategias de intervención colectiva e individual que involucran tanto al sector de la salud como a otros sectores dentro y fuera de los servicios de salud.



NIT. 806.005.597-1

#### 4. MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de Colombia de 1991. Artículos 48 y 49
- Ley 9ª de 1979. Por la cual se dictan medidas sanitarias
- Ley 10 de 1990 Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 100 de 1993 Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 1757 de 1994 Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud.
- Ley 152 de 1994 Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
- Ley 124 de 1994 Por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones.
- La Resolución 5165 de 1994 Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos.
- Ley 361 de 1997 Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas en situación de discapacidad y se dictan otras disposiciones.
- Ley 691 de 2001 mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.
- Ley 715 de 2001 Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias, de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política de 1991 y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
- Ley 762 de 2002 Por medio de la cual se aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, el 7 de junio de 1999. OMS 2003 El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.
- Ley 994 de 2005 Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, Estocolmo, 2001.
- Organización mundial de la salud. Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Ginebra: OMS; 2005
- Acuerdo 326 de 2005 Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas.
- CONPES 3375 de 2005 Política Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad de Alimentos para el Sistema de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias. Ley 1098 de 2006 Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.
- Ley 1159 de 2007 Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Rotterdam para la Aplicación del Procedimiento de Consentimiento Fundamentado previo a ciertos Plaguicidas y Productos Químicos Peligrosos, Objeto de Comercio Internacional, suscrito en Rotterdam el 10 de septiembre de 1998.
- Ley 1145 de 2007 Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones.



NIT. 806.005.597-1

- CONPES 109 de 2007 Política Pública Nacional de Primera Infancia “Colombia por la primera infancia”.
- Ley 1176 de 2007 Modifica la Ley 715 de 2001, Sistema General de Participaciones.
- Ley 1122 de 2007 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- CONPES 3550 de 2008 Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química.
- Ley 1251 de 2008 Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.
- CONPES 113 de 2008 Política Nacional de seguridad Alimentaria y Nutricional PSAN.
- Ley 1257 de 2008 Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1251 de 2008 Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. Ley 1185 de 2008 Por la cual se modifica y adiciona la Ley 397 de 1997, Ley General de Cultura, y se dictan otras disposiciones. Especialmente en lo referente a las normas sobre patrimonio cultural, fomentos y estímulos a la cultura.
- Ley 1393 de 2010 Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos en el interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- CONPES Social 155 de 2012 Política Farmacéutica Nacional.
- Ley 1523 de 2012 Por la cual se adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 4505 de 2012 Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
- CONPES 3726 de 2012 Lineamientos, Plan de ejecución de metas, presupuesto y mecanismos de seguimiento para el Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas.
- Decreto 4800 de 2012 Tiene por objeto establecer los mecanismos para la adecuada implementación de las medidas de asistencia, atención y reparación integral a las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, para la materialización de sus derechos constitucionales.
- Ley 1562 de 2012 Ley de Riesgos Laborales.
- Ley 1616 de 2013 Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.





NIT. 806.005.597-1

- Resolución 1841 de 2013 “Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021”.
- Resolución 518 de 2015 “Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC”.
- Resolución 1536 de 2015 “por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de Planeación Integral en Salud”.
- Decreto 859 del/14, Comisión Intersectorial de Salud Pública
- Resolución 0518 del 2015, por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión en Salud Pública
- Resolución 829 de 2015, Por la cual se definen las condiciones técnicas para la destinación de los recursos del proyecto” Fortalecimiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud en infraestructura y dotación hospitalaria nacional”
- Resolución 1328 de 2016, que eliminó el CTC en el régimen contributivo, y deja la opción a los entes territoriales para que lo apliquen en el régimen subsidiado.
- Acuerdo 117 de 1998 CNSSS: Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de Las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- Resolución 429 de 2016, del Ministerio de Salud y Protección Social, Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.
- Resolución 3202 de 2016, del Ministerio de Salud y Protección Social, Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS.
- Resolución 2063 de 2017 Por la cual se adopta la política de participación social en salud-PPSS
- Resolución 3280 de 2018, del Ministerio de Salud y Protección Social, por medio del cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal.
- Resolución 276 de 2019, del Ministerio de Salud y Protección Social, por medio del cual se modificaron algunos procedimientos de las intervenciones individuales de la Resolución 3280 de 2018.
- Resolución 2626 de 2019, del Ministerio de Salud y Protección Social, por medio del cual modificó la política de atención integral en salud – PAIS y se adopta el Modelo de Atención Integral Territorial –MAITE.
- Resolución 507 de 2020, Por la cual se modifica transitoriamente el parágrafo 1 del artículo 20 de la Resolución 518 de 2015, en cuanto al uso de los recursos de salud pública del Sistema General de Participaciones, en el marco de la emergencia sanitaria por Coronavirus (COVID-19).
- Ley 1955 de 2019. “Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018 -2022” Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”.



NIT. 806.005.597-1

## 5. DIAGNÓSTICO DE OPINIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA BOLIVARENSE

Por medio de la dinámica **“Tu voz construye gobierno”**, herramienta de trabajo, consenso y participación entre la institucionalidad y la comunidad en general, cuyo objetivo era elaborar una hoja de ruta conjunta, la cual llevará a mejores oportunidades para pobladores y así crear un futuro esperanzador, El Gobierno de **“Bolívar primero”** se desplazó por todo el territorio del Departamento para la construcción y consolidación entre la comunidad, la institucionalidad, asociaciones, gremios y entidades del Plan de Desarrollo 2020-2023.

Durante el primer trimestre del año, se organizaron mesas de trabajo en cada una de las siete zonas de Desarrollo económico y Social (ZODES), permitiendo recoger las propuestas, peticiones y sugerencias de todos los bolivarenses y así vincular por parte del gobierno a todas las secretarías para trabajar en su diagnóstico sectorial, definiendo indicadores, brechas y metas en la ejecución del documento final.

Las voces de los distintos ZODES del departamento participaron, manifestando los sueños y anhelos de los bolivarenses para construir el Plan de Desarrollo guía del Bolívar Primero, para alcanzar en cuatro años los objetivos de construir un territorio líder y con más oportunidades para todos.

La agenda con las diferentes ZODES establecida para las mesas de trabajo fue en su orden:

- Mesa territorial ZODES Magdalena Medio en Santa Rosa del Sur
- Mesa sectorial ambiental e institucional en Turbaco, Centro Administrativo Departamental
- Mesa sectorial social en Turbaco, Centro administrativo departamental
- Mesa territorial ZODES norte y Dique, Turbaco, centro administrativo Departamental
- Mesa territorial ZODES Montes de María en San Juan Nepomuceno
- Mesa sectorial económica, Turbaco, centro Administrativo Departamental
- Mesa territorial ZODES isla de Mompox, en Mompox
- Mesa territorial ZODES Mojana, en Achí
- Mesa territorial ZODES Loba, San Martín de Loba

Las mesas temáticas establecidas para dicha dinámica de participación ciudadana en las diferentes ZODES del Departamento son las siguientes:

1. Salud
2. Educación
3. Paz, Posconflicto y víctimas
4. Desarrollo social (atención a grupos poblacionales)
5. Deporte, cultura y turismo
6. Infraestructura y transporte
7. Desarrollo rural ,económico y productivo
8. Vivienda, ambiente y minas
9. Agua, saneamiento básico y servicios públicos
10. Seguridad y convivencia, gestión institucional y gestión del riesgo



NIT. 806.005.597-1

En el marco de esta estrategia, la Secretaría de Salud Departamental, lideró la mesa de salud, abordando el análisis de las problemáticas en los territorios, teniendo en cuenta las ocho dimensiones prioritarias y dos transversales del Plan Decenal de Salud Pública, recopilando con la participación de diversos actores en salud y de otros sectores, así como de la comunidad, diversas opiniones, que en su mayoría coinciden con las necesidades identificadas en el Análisis de la Situación de Salud (ASIS 2019), y el resultado de la caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio(EAPB).

La percepción de la comunidad, permitió también validar en el contexto real, los resultados del diagnóstico en salud, y sus necesidades fueron incorporadas en el planteamiento estratégico del Plan de Desarrollo y Plan Territorial de Salud.

En la Tabla 1 se presentan las opiniones de mayor relevancia, que fueron priorizadas por los participantes de las mesas de participación en Salud por ZODES.

**Tabla 1. Problemáticas en salud percibidas por la comunidad Bolivareense**

ZODES	PROBLEMÁTICAS	PROPUESTAS
<b>ZODES NORTE Y DIQUE BOLIVARENSE</b>	1. ESE y centros de salud con infraestructura inadecuada, bajo empoderamiento de talento humano debido al atraso de salarios, inoportunidad de la prestación de servicios, poca tecnología, falta de insumos.	1. Construcción y adecuación de centros de salud en infraestructura y dotación.
	2. Alto consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes y adolescentes	2. Aplicar programas de promoción y prevención dirigidos a esta población en riesgo
<b>ZODES MONTES DE MARÍA BOLIVARENSE</b>	1. Incremento del consumo de sustancias psicoactivas en niñas, niños adolescentes y jóvenes 2. Déficit infraestructura en el Hospital del Guamo y falta de puestos de salud en sus diferentes corregimientos 3. Aumento de enfermedades transmitidas por vectores	1. Aplicación de Política Departamental de salud mental, convivencia social y sustancia Psicoactivas en los centros de escuela, Ampliación de la red que implementa la RÍA de consumo de sustancias Psicoactivas, centros de aprovechamiento del tiempo libre, política escolar de ambientes seguros en salud mental 2. Apoyo del departamento en la aprobación de los planes bienales para la construcción de los centros de salud de los corregimientos





NIT. 806.005.597-1

		3. Implementación de un plan integral de control y erradicación de vectores que incluya educación y salud a la comunidad, recolección de inservibles, control de insectos por medios químicos
<b>ZODES MOJANA BOLIVARENSE</b>	<p>1. Necesidad de fortalecimiento a la totalidad de las dimensiones tanto principales como transversales del plan decenal de salud pública, principalmente en las dimensiones donde los indicadores municipales son negativos: salud mental, salud sexual y reproductiva, vida saludable y condiciones transmisibles, seguridad alimentaria y nutricional, salud ambiental.</p> <p>2. Ausencia de un relleno sanitario para la disposición final de los residuos o basuras</p>	<p>1. Fortalecer las diferentes dimensiones del Plan decenal de salud pública (PDSP)</p> <p>2. Construcción de un relleno sanitario y un sistema de alcantarillado.</p>
<b>ZODES ISLA MOMPOX</b>	<p>1. Alto índice de enfermedades transmitidas por vectores, Falta de verificación alimentos con fechas vencidas, además a empresas productoras y comercializadoras de agua potable, establecimiento de consumo y venta de bebidas alcohólicas, control de piscinas</p> <p>2. Incumplimiento de las EPS en la asignación de usuarios a IPS públicas, entrega de medicamentos y oportunidad de la atención.</p>	<p>1. Fortalecer la cobertura en inspección, vigilancia y control sanitario.</p> <p>2. Crear un comité regional con agenda conjunta entes territoriales EPS-IPS.</p> <p>3. Fortalecer acciones de Inspección, vigilancia y control del ente departamental.</p>
<b>ZODES MAGDALENA MEDIO</b>	<p>1. ESE y centros de salud con infraestructura inadecuada, bajo empoderamiento de talento humano debido al atraso de salarios, inoportunidad de la prestación de servicios, poca tecnología, falta de insumos</p> <p>2. Embarazo en adolescentes y aumento de sustancias psicoactivas.</p>	<p>1. Fortalecer la atención primaria en salud. Construcción y /o adecuación de centros y puestos de salud (ESE centro de salud con camas de Cantagallo).</p> <p>2. Crear redes integradas a la ESE para la implementación de servicios amigables para adolescentes y jóvenes. Así mismo, construir centros independientes a la ESE para la implementación de</p>





NIT. 806.005.597-1

	<p>3. Aumento de las enfermedades transmitidos por vectores</p>	<p>los servicios amigables para adolescentes y jóvenes.</p> <p>3. Implementar puntos centinelas para fortalecer la vigilancia pasiva en apoyo al diagnóstico de calidad y tratamiento de malaria y leishmaniasis.</p>
<p><b>ZODES LOBA BOLIVARENSE</b></p>	<p>1. Aumento de consumo de sustancias psicoactivas</p> <p>2. Alto índice morbilidad y mortalidad de enfermedades crónicas.</p> <p>3. Explotación minera ilegal sin seguimiento y verificación de las autoridades pertinentes. lo que genera enfermedades en la población.</p>	<p>1. En salud mental, se requiere mejorar la disponibilidad y accesibilidad a servicios de psicología, neurología y psiquiatría, de tal manera que se garantice la continuidad y la oportunidad del seguimiento a los pacientes, los controles psiquiátricos, la desintoxicación y tratamiento las adicciones por el consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>2. Optimizar servicios de mediana complejidad en modalidad consulta externa especializada.</p> <p>3. Articulación intersectorial con secretaría de Minas, Ministerio de medio ambiente para desarrollar planes de acción que mejoren las condiciones ambientales que afectan la salud de la población.</p>

Fuente: Registro de Memorias Mesas de trabajo Salud Plan de Desarrollo Bolívar Primero



NIT. 806.005.597-1

## 6. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN SALUD DE BOLÍVAR

El presente capítulo resume la situación de salud del Departamento de Bolívar con base en la última actualización del documento Análisis de Situación de Salud correspondiente a la Vigencia 2019. Inicia con el contexto social, demográfico y territorial, continuando con el reconocimiento del estado de salud de la población a través de la descripción del comportamiento de la mortalidad y morbilidad, así como la influencia de los determinantes intermedios y estructurales en los indicadores de salud. Esta información constituye la base fundamental en la orientación de los procesos de planeación, las líneas de elaboración de políticas públicas, la toma de decisiones, además de fortalecer la inspección, vigilancia y control en salud.

El análisis de la situación de salud se realizó de acuerdo con los lineamientos de la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, denominada: Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud. Integró además, lo planteado en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, con el fin dar coherencia y pertinencia a la integralidad del análisis y la priorización de problemas en salud; a partir de la realización de talleres con los líderes y equipos de las diferentes dimensiones de salud pública y de las demás dependencias de la Secretaria Departamental de Salud recogiendo aportes de manera participativa.

Los datos contenidos en el ASIS departamental provienen de fuentes oficiales previamente establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, tales como Información censal y registros vitales compilados por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas), Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública y otra información en salud, disponible en el SISPRO (Sistema de Información Integral de la Protección Social). Contienen el análisis de la situación del Departamento de Bolívar en cuanto al comportamiento de morbilidad y mortalidad de cuarenta y cinco (45) municipios excluyendo los datos correspondientes a la ciudad de Cartagena pues se encuentra en categoría especial de Distrito. Sin embargo, en los resultados analizados referente a patologías de Cuenta de Alto Costo, Enfermedades de Notificación Obligatoria, indicadores correspondientes a los determinantes estructurales e intermedios, algunos datos corresponden al Departamento en general incluyendo al distrito de Cartagena, debido a que las bases de datos oficiales no cuentan con datos solo para Bolívar.

En síntesis, se aborda una descripción general de las características demográficas más relevantes de la población del departamento, que dan cuenta de su tamaño, estructura, dinámica y principales tendencias, en el contexto de los determinantes sociales de la salud y el bienestar; no solamente el perfil de morbilidad y mortalidad, sino también de discapacidad por las principales causas, así como la exposición de varios factores que inciden sobre el estado de salud de las personas; y por último, las respuestas sociales y especialmente las del sistema de salud a las necesidades de la población residente en Bolívar.



NIT. 806.005.597-1

## 6.1. Dinámica Demográfica Básica del Departamento de Bolívar

### 6.1.1. Tamaño y Distribución de la Población

Para el año 2019, el Departamento de Bolívar cuenta con 2.195.495 habitantes, mostrando un crecimiento de del 1,10% con respecto al año anterior; de estos el 47,68% se encuentra ubicado en el Distrito de Cartagena de Indias con 1.047.005 personas, lo que da como resultado una población sujeto de intervención por parte de la administración departamental de 1.148.490 personas, de los cuales el 51,46% (591.091) son hombres y el 48,54% (557.399) son mujeres. (DANE, 2019)

La densidad de habitantes por kilómetro cuadrado del Departamento de Bolívar es de aproximadamente 84 habitantes por kilómetro cuadrado. Encontrándose que los municipios de los ZODES Dique, Norte, Mojana y Montes de María muestran mayor densidad poblacional siendo el municipio más poblado la ciudad de Cartagena con 1791 personas por kilómetro cuadrado seguido de los municipios de: Arjona (475 personas/Km<sup>2</sup>) y Turbaco (436 personas/Km<sup>2</sup>), los municipios con menor densidad poblacional se encuentran ubicados en los ZODES Magdalena medio y Loba, representado en los municipios de Norosí (12 personas/Km<sup>2</sup>), Morales (12 personas/Km<sup>2</sup>) y Montecristo (10 personas/Km<sup>2</sup>). Cabe mencionar que 14 municipios presentan una densidad menor a 30 personas por kilómetro cuadrado representando el 28,3% de las municipalidades del Departamento, logrando observar que los municipios con mayor sobre poblamiento son los ubicados al norte con mayor cercanía al distrito de Cartagena y que los municipios ubicados al sur presentan densidades bajas, posiblemente relacionadas con el contexto socioeconómico por el que atraviesan estos municipios. El hecho de que más de la mitad de la población esté localizada en el Distrito de Cartagena y los municipios que lo circundan, representa la concentración y el aumento de la demanda de bienes y servicios necesarios para garantizar la óptima calidad de vida de la población.

Las ciudades de Magangué y Santa Cruz de Mompox también tienen alta concentración poblacional, y se constituyen en ejes o puntos estratégicos para el desarrollo regional por su influencia tanto con el norte como con el sur del Departamento, así como con los municipios vecinos de los Departamentos de Magdalena y Sucre. En el sur, el municipio de Santa Rosa del Sur es de los municipios que muestra mayor capacidad para ofrecer bienes y servicios de carácter comercial e institucional para el desarrollo regional de esa zona del departamento.

Un fenómeno que cabe mencionar por su incidencia en los últimos años sobre el tamaño y distribución de la población en el departamento de Bolívar, es el del conflicto armado, que ha dejado un número de personas víctimas de desplazamiento forzoso, que en el año 2019, asciende a 451.133 personas, con mayor proporción de mujeres con el 51,07% (230.429) comparado con los hombres 48,93% (217.064). El grupo de edad de mayor proporción es el de 15 a 19 años con un 20,94% seguido de los grupos de 10 a 14 (18,3%) y 20 a 24 (8,72%) años.



NIT. 806.005.597-1

En el año 2019, el 61,78% (709.577) de la población del departamento (sin incluir Cartagena) habita en las cabeceras municipales, mientras el 32,22% (438.9213), viven en corregimientos y veredas, generando dispersión de la población, lo que sumado a la distancia respecto a la ciudad de Cartagena de los municipios ubicados en la ZODES Mojana, Loba y Magdalena medio, representa dificultades para el acceso a los servicios de salud, entre otros servicios básicos que garantizan la calidad de vida de la población.

El fenómeno de urbanismo es más marcado en la ZODES Norte, con porcentaje de población en cabecera municipal de 83,4% (163.681), le sigue el ZODES Montes de María con el 71,1%(153.488), y la ZODES Dique con 69,4%(119.435), Magdalena Medio 55,4%(89715). En las ZODES restantes más de la mitad de la población se distribuye por fuera de la cabecera municipal: Mojana, 50,3%(118.996); Loba 52,8%(49.497); Isla de Mompós 53,3% (55.830). Hay municipios con situaciones particulares como: Soplaviento, San Jacinto, Zambrano, Turbaco, Villanueva y Turbaná con más del 90% de la población ubicada en la cabecera municipal. Mientras que municipios como: Achí, Pinillos y Margarita, tienen más de un 80% de su población habitando corregimientos y veredas. Otros municipios: Córdoba, Tiquisio, San Jacinto del Cauca, San Fernando, Hatillo de Loba, Arenal y Morales tiene más del 70% de su población fuera del casco urbano. Estas desigualdades de distribución poblacional conducen a altos costos administrativos para la atención de la población rural dispersa, adicional a la ubicación de la mayoría de estos municipios, en zonas de relieve de acceso fluvial y/o de difícil acceso terrestre.

### 6.1.2. Estructura demográfica

En el año 2019 el Departamento de Bolívar está integrado por 1.148.490 habitantes, siendo un 12,07% (148.699 habitantes) más poblado que el año 2005 y se proyecta para el año 2020 sea un 17,8 % (175.247 habitantes) más poblado que el año 2005. El 48,5% (557.399 habitantes) son mujeres y el 51,5% (591.091 habitantes) son hombres. De acuerdo con estos datos se establece que en el año 2019 por cada 100 mujeres hay 107 hombres y además por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 47 niños entre 0 y 4 años.

En general la población del departamento de Bolívar acumula el 32,39% de la población en los primeros tres quinquenios conformados por niñas, niños y adolescentes menores 15 años. Los adultos mayores de 65 años representan el 6,7%; la población en capacidad de laborar, agrupada entre los 20 a los 64 años, representa el 50,6%. Por lo que, teniendo en cuenta estos datos, el departamento tiene una población mayoritariamente concentrada en primera infancia, infancia y adolescencia, siendo sujetos de especial protección de acuerdo a la ley 1098 de 2006, para los cuales hay que orientar acciones prioritarias en consonancia con los retos específicos del nivel nacional.

Cabe mencionar que aunque el grupo de adultos mayores en 2019 se proyectó que sería solo del 6.67% del total de la población bolivarenses, éste ha venido en aumento, pues en 2005 era del 5.7%, y se espera siga incrementándose en 2020. Esta es una población

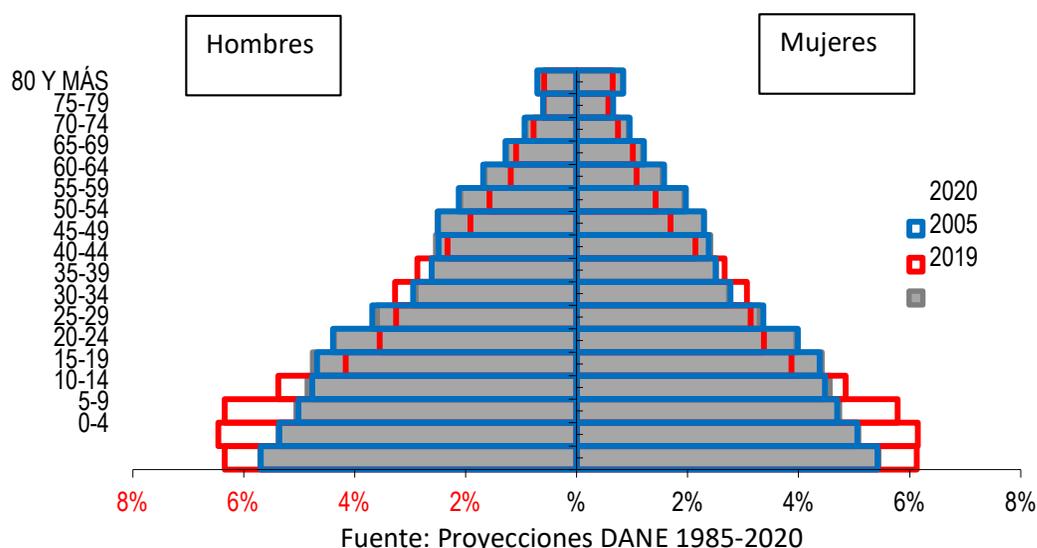


NIT. 806.005.597-1

priorizada dentro del plan de desarrollo nacional, de acuerdo con los indicadores de la dimensión transversal de poblaciones vulnerables.

La pirámide poblacional del departamento es expansiva con una base cada vez más estrecha comparando el año 2005 y 2019 y ratificando esta tendencia hacia la proyección 2020, lo que muestra una propensión de transición y cambio hacia una pirámide regresiva como la actual del país Figura 1.

**Figura 1. Pirámide poblacional del departamento de Bolívar, 2005, 2019, 2020.**



Fuente: Proyecciones DANE 1985-2020

En cuanto a la distribución según ciclos vitales, la mayoría de la población bolivarense se encuentra en las edades productivas en el ciclo de adultez entre los 27 y 59 años, se proyecta aumento de los grupos mayores, por lo que el proceso de envejecimiento será de importante atención en relación a los problemas de salud crónicos no transmisibles (ver tabla 2),

**Tabla 2. Proporción de la población por ciclo vital del departamento de Bolívar, 2005, 2019, 2020**

Ciclo vital	2005		2019		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	147.816	14,98	152.696	13,34	154.025	13,26
Infancia (6 a 11 años)	148.640	15,07	141.233	12,37	142.047	12,23
Adolescencia (12 a 18 años)	152.950	15,51	153.392	13,59	152.860	13,16
Juventud (14 a 26 años)	231.110	23,43	275.508	24,30	274.919	23,67
Adultez (27 a 59 años)	329.374	29,02	416.491	35,96	424.514	37,40
Persona mayor (60 años y más)	81.819	8,29	117.883	10,11	121.410	10,45
Total	986447	100	1.148.490	100	1161694	100

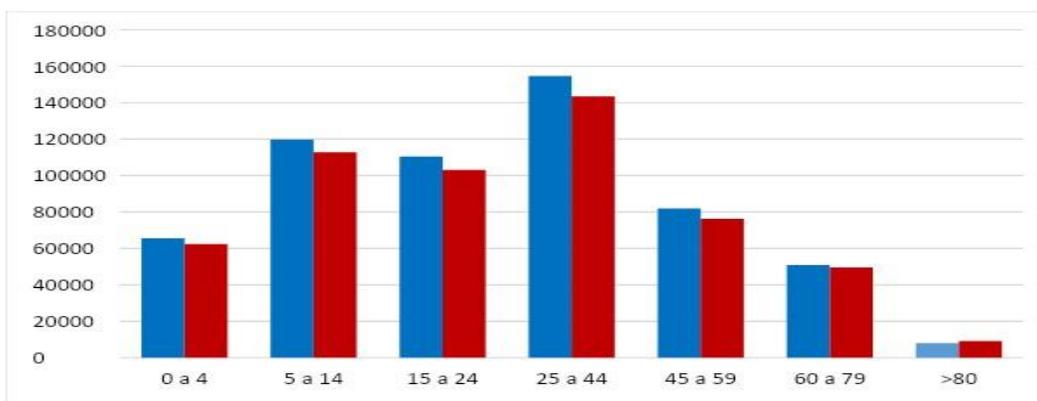
Fuente: Proyecciones poblacionales DANE 1985-2020. Bolívar sin incluir Cartagena



NIT. 806.005.597-1

En cuanto a la población por sexo y grupos etarios los hombres representan un mayor número respecto a las mujeres, en todos los grupos específicos de edades excepto los mayores de 80 años donde las mujeres son mayoría, la mayor proporción de población se encuentra en las edades de 25- 44 años. Figura 2

**Figura 2. Población por sexo y grupo de edad del departamento de Bolívar, 2019**



Fuente: DANE – Proyecciones de población 1985 – 2020, Bolívar sin incluir Cartagena

Analizando otros indicadores de la estructura demográfica del departamento se puede resaltar la disminución de índice de dependencia infantil pasando de 65,5 menores de 15 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años en el 2005, a 51,05 en el año 2019, mientras que el índice de dependencia de adultos mayores aumenta pasando de 10,61 personas mayores de 65 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años en el 2005 a 11,5 en 2019. El aumento del índice de envejecimiento, en 2019 dado que en 2019 hay 33 adultos mayores (de 65 años y más) por cada 100 niños y jóvenes (menores de 15 años) mientras que en 2005 era de; esto implica una mayor inversión en salud y atención social orientada a las personas de edad avanzada. Aunque el índice de población menor de 20 años, con respecto al grupo de edades entre 30 y 49 años (índice de Friz), ha mostrado un descenso, pasando de 208,6 en el año 2005 a 180,72 en el año 2019, la población Bolivarenses aún se considera joven. Tabla 3.

**Tabla 3. Otros indicadores de estructura demográfica del departamento de Bolívar, 2005, 2019, 2020**

Índice Demográfico	Año		
	2005	2019	2020
Población total	986.447	1.148.490	1.161.694
Población Masculina	509.566	591.091	597.680
Población femenina	476.881	557.399	564.014
Relación hombres: mujer	106,85	106,04	106
Razón niños: mujer	54	47	47
Índice de infancia	37	31	31
Índice de juventud	25	27	27
Índice de vejez	8	10	10
Índice de envejecimiento	22	33	33



NIT. 806.005.597-1

Índice demográfico de dependencia	76,11	62,55	62,41
Índice de dependencia infantil	65,50	51,05	50,73
Índice de dependencia mayores	10,61	11,50	11,68
Índice de Friz	208,64	180,72	177,99

Fuente: DANE – Proyecciones de población 1985 – 2020. Bolívar sin incluir Cartagena

### 6.1.3. Crecimiento Poblacional

La Tasa de Crecimiento Natural mide el aumento o decrecimiento de una población y está definida por la relación entre los nacimientos y las defunciones. El departamento de Bolívar de acuerdo con las estimaciones de población muestra una tendencia a la disminución de la tasa de crecimiento natural pasando de 26,3 en el quinquenio 1985- 1990 4,28 por 1.000 habitantes en el periodo 2015- 2020, reduciéndose casi a la mitad. Este indicador es impactado por la reducción de los nacimientos en el departamento. Este indicador no dista mucho de la tasa del país estimada para el periodo 2015- 2020 en 12,08 por 1.000 habitantes, aun así, se puede decir que la población del país crece a una velocidad un poco menor que el departamento de Bolívar. Este comportamiento podría hacer suponer que el crecimiento poblacional en Bolívar, está dado por un fenómeno de movilidad, especialmente marcado por el fenómeno de inmigración. Sin embargo, es importante tener en cuenta, que el departamento presenta una baja cobertura de reporte de información sobre nacidos vivos a nivel municipal, debido a deficiencias del sistema informático y falta de compromiso del personal asistencial, para el cargue de la información a la plataforma.

La Tasa neta de migración para el departamento de Bolívar, según las proyecciones del Censo DANE 2005, es negativa actualmente lo que muestra que hay más personas que salen que las que entran al departamento obedeciendo a diferentes circunstancias laborales, económicas, de estudio y/o desplazamiento forzado

La Tasa Bruta de Natalidad, al igual que la tasa de crecimiento natural muestra una tendencia de disminución sostenida de acuerdo a las estimaciones DANE, pasando de 31,5 a 20,1 nacidos vivos por cada 1000 habitantes en los periodos 1985-1990 a 2015-2020; a pesar de estas cifras, esta tasa se encuentra por encima de la estimada para el país en el quinquenio 2015-2020 (18,3 por cada 1000 habitantes).

Entre otros indicadores de la dinámica de la población se tienen:

- La **Tasa General de Fecundidad** presenta tendencia al descenso, pasando de 83,3 en el período 2010-2015 a 80,40 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fértil en el período 2015-2020.
- La **Tasa Global de Fecundidad** presenta tendencia al descenso, pasando de 2,61 en el período 2010-2015 a una tasa de 2,50 hijos e hijas por cada mujer en edad fértil en el período 2015-2020.



NIT. 806.005.597-1

- La **Edad Media de Fecundidad** se mantiene en ambos períodos con 26 años como edad promedio en que las mujeres en edad fértil tienen sus hijos.
- La **Tasa de reproducción neta** presenta leve tendencia al descenso, pasando de 1,20 en el período 2010-2015 a 1,20 hijas en la vida de una mujer en el período 2015-2016.
- La **Tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 14 años** nos muestra que para el año 2017 nacieron 4,23 niños por cada 1000 mujeres en este grupo de edad, evidenciando un comportamiento poco variable con respecto al año anterior pero que aún es mayor con respecto a los años 2010 a 2017. Esto representa un problema de salud pública, pues en esta etapa apenas inicia el desarrollo de la mujer, lo cual lleva a estas niñas a una madurez forzada y a cambios conductuales que repercuten en su vida y en la sociedad.

La **Tasa de fecundidad específica en mujeres de 15 a 19 años** en el año 2017 fue de 82,21 nacimientos por cada 1000 adolescentes de este grupo de edad, presentando un ligero aumento en el último año

#### 6.1.4. Grupos Poblacionales según Grado de Vulnerabilidad

##### 6.1.4.1. Población étnica

El departamento de Bolívar de acuerdo al censo 2005 cuenta con 497.667 personas quienes se reconocieron como negro, afro colombiano, mulato o afro descendiente representando el 27,3% del total de la población bolivarense, igualmente se auto reconocen como palenqueros el 0,03%, raizal el 0,1%, ROM el 0,01% y el mismo porcentaje para indígenas. En cuanto a la población reconocida como afro colombiana el 98,73% (491.364 personas) se reconocieron como población negra, de los cuales 376.988 personas habitan en las cabeceras municipales y 114.376 viven en las zonas rurales; por otra parte, 4.978 personas (1%) se identificaron como Palenqueros, de los cuales 2.218 personas viven en zonas urbanas y 2.760 en la zona rural, mientras que 1.325 personas encuestadas se reconocieron como raizales (0.27% del total afro descendientes), de los cuales 1.223 viven en las zonas urbanas y 102 en territorios rurales (OPPDH y DIH; Acción Social).

La población de Negros, Afrocolombianos, Raizales y palenqueros NARP, del departamento de Bolívar(497.667) se encuentra concentrada en su mayoría en los municipios de María la Baja (43.961 personas), San Pablo (18.628), Magangué (18.576) , Turbaco (13.225), y Mahates (9.614); así mismo María la Baja es el municipio con mayor proporción de población afrocolombiana en relación con su población total con un 97%, le siguen en su





NIT. 806.005.597-1

orden Altos del Rosario con 82%, San Pablo 69%, Cicuco 65%, Mahates 42%, a su vez el Departamento de Bolívar el 36% de su población es afrocolombiana.

El departamento no cuenta con una caracterización de la población étnica, aun así podemos mencionar que la población afro colombiana bolivarense se ubica en mayor proporción en zonas de mayor pobreza, presentando en su mayoría un desconocimiento de sus derechos como población afro descendiente reconocidos en la ley 70 de 1993, a su vez el departamento cuenta con el corregimiento de palenque primer pueblo libre de América reconocido como Patrimonio Cultural de la humanidad, a pesar de este reconocimiento históricamente ha presentado dificultades en servicios públicos, vías de acceso, servicios de salud, condiciones de vivienda, entre otros. En cuanto a la población afro colombiana en general se deben generar respuestas acordes a sus características especiales.

Entre los grupos de población indígena que conservan autonomía, lengua y costumbres se tienen el de los kankuamos, los Ingas y los Zenúes, ubicados en resguardos indígenas y en 35 cabildos que no se encuentran en un solo lugar, sino que están repartidos a lo largo del departamento.

## 6.2. Caracterización del Contexto Territorial

Bolívar es uno de los departamentos más grandes de Colombia, su extensión es de 25.978 Km<sup>2</sup>, representando el 20% del territorio del Caribe Colombiano y el 2,3 % del total nacional, geográficamente se localiza entre los 07°00'03'' y los 10° 48' 37'' de latitud, y los 73° 45' 15'' y los 75° 42' 18'' de longitud al oeste de Greenwich (Gobernación de Bolívar, 2012). Se caracteriza por ser un territorio alargado que va desde el Mar Caribe, hasta las selvas del Carare, colinda con los departamentos de Antioquia, Atlántico, Cesar, Córdoba, Sucre, Magdalena, Santander. Su capital es Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural de la Humanidad, donde se ubica la sede de gobierno departamental, la mayoría de las agencias del orden nacional, del cuerpo diplomático, alterna de la Cancillería, el aparato financiero territorial, la fuerza pública y autoridades eclesiásticas, entre otras.

Político-administrativamente, el departamento está conformado por 45 municipios y por el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias (capital). De acuerdo a las características geográficas especiales que tiene el territorio (alargado), desde inicio de la década del 2000 y teniendo en cuenta las variables sociales y económicas de los municipios, se tomó la decisión en cabeza del gobierno departamental y con la aprobación por parte de la Honorable Asamblea de conformar las llamadas Zonas de Desarrollo Económico y Social (ZODES), las cuales fueron modificadas en 2017 mediante ordenanza número 188 quedando conformadas como muestra la tabla 4.



NIT. 806.005.597-1

**Tabla 4. Zonas de Desarrollo Económico y Social (ZODES)**

ZODES	CARACTERÍSTICAS	MUNICIPIOS
NORTE BOLIVARENSE	Son el soporte y despensa agropecuaria de Cartagena y Barranquilla, tiene un potencial marítimo y acuícola. Esta cruzado por los principales corredores viales del Caribe Colombiano.	Distrito Turístico y Cultura de Cartagena de Indias, Santa Rosa de Lima, Turbaná, Villanueva, Clemencia, Santa Catalina, Turbaco (6 municipios)
DIQUE BOLIVARENSE		Arjona, Arroyo Hondo, Calamar, Mahates, San Cristóbal, San Estanislao de Kotska, Soplaviento, (7 municipios y el Departamento de Bolívar).
MONTES DE MARÍA BOLIVARENSE	Es una región con distrito de riego, suelos fértiles, vocación agroindustrial, ganadera, forestal y artesanal, posee una cultura agroexportadora, y esta cruzada por la troncal de occidente y articulada a la troncal del Magdalena Medio. En años recientes se ha venido desarrollando allí un importante complejo agroindustrial de palma de aceite.	Córdoba, El Carmen de Bolívar, El Guamo, María La Baja, San Jacinto, San Juan Nepomuceno y Zambrano. (7 municipios).
MOJANA BOLIVARENSE	Es una región con gran dotación de recursos naturales y biodiversidad, posee vocación minera y agropecuaria y un gran potencial acuícola.	Achí, Magangué, Montecristo, Pinillos, San Jacinto del Cauca y Tiquisio. (6 municipios).
ISLA DE MOMPOS	Región con excelentes suelos, vocación ganadera y artesanal con un gran potencial turístico, orfebrería y ebanistería. Se encuentra ubicada en la parte centro-oriental del Departamento.	Cicuco, Margarita, Mompos, San Fernando y Talaigua Nuevo, Hatillo de Loba. (6 municipios).
LOBAS BOLIVARENSE	La ZODES Loba tiene vocación agropecuaria y minera, posee gran potencial para desarrollar importantes proyectos mineros	Altos del Rosario, Barranco de Loba, El Peñón, Regidor, San Martín de Loba, Río Viejo y Norosí. (7 municipios).





NIT. 806.005.597-1

	auríferos y agroindustriales (palma, cacao).	
MAGDALENA MEDIO BOLIVARENSE	Región rica en dotación de recursos naturales y biodiversidad, con vocación agropecuaria, minera, presenta un gran potencial agro exportador y minero aurífero.	Arenal del Sur, Cantagallo, Morales, San Pablo, Santa Rosa del Sur y Simití (6 municipios)

Fuente: Gobernación de Bolívar, ordenanza 188 de 2017.

### 6.2.1. Características físicas del territorio

El departamento de Bolívar se encuentra localizado al Norte de Colombia, en la región de la llanura del Caribe. En él se pueden distinguir tres grandes unidades fisiográficas: la primera en el norte, en la cual se destacan los Montes de María, cuya máxima elevación es el cerro de Maco, a 800 metros sobre el nivel del mar. También se encuentran zonas de sabanas, de relieve ondulado a quebrado, interrumpido por el Canal del Dique y las numerosas ciénagas que este forma. El canal a su vez se divide en dos sectores: el occidental, que comprende la faja costera donde sobresalen las bahías de Cartagena y Barbacoas, las puntas Barbacoas, Barú, Canoas, La Garita y Piedras y las estribaciones de la serranía de San Jacinto; y el sector oriental, que corresponde a la serranía, con una serie de colinas de alturas hasta de 500 m.s.n.m. La segunda unidad forma parte de la Depresión Momposina, la región más cenagosa y anegadiza de Colombia por la gran cantidad de brazos, caños, ciénagas y pantanos que allí se forman (MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO, 2012). La serranía de San Lucas es la tercera unidad ubicada en el sur del departamento, y corresponde a las estribaciones de la cordillera Central, siendo un ramal muy extenso con un enclave selvático.

En cuanto a su hidrografía el eje fluvial de Bolívar es el río Magdalena, que pasa por el costado oriental del departamento marcando el límite con los departamentos de Santander, Cesar y Magdalena, hasta el Canal del Dique. Los principales afluentes del Magdalena son los ríos San Jorge y Cauca. Otras corrientes que llegan al Magdalena son los ríos Boque, Cimitarra, Santo Domingo y Tigüí; la depresión Momposina es el área más inundable del país debido a la fuerte dinámica fluvial que hay en la fosa presente en la región; allí se forma una intrincada red de brazos y caños, gracias a la poca resistencia de los suelos aluviales que constituyen las paredes de los cauces y a los caudales de los ríos (Martínez, s.f.). Los brazos más importantes son el brazo de Loba, brazo Morales, brazo Mompós, brazo Papayal, brazo Quitasol y el brazo Simití. Además del laberinto de cauces, hay numerosas quebradas y arroyos que llevan sus aguas a los tres principales ríos, brazos y ciénagas del departamento. Las ciénagas más importantes del departamento son las de Canaletal, El Dique, El Limón, El Uvero, Garrapata, Grande, Guamalito, Iguana, Jobo, Juan Gómez, La Botija, La Victoria, María La Baja, Mojana, Morales, Morrocoyal, Nervití, Simití, Tesca o La Virgen y Tupe (Martínez, s.f.). Mapa 1.



NIT. 806.005.597-1

**Mapa 1. Reconocimiento de la base físico espacial del territorio**



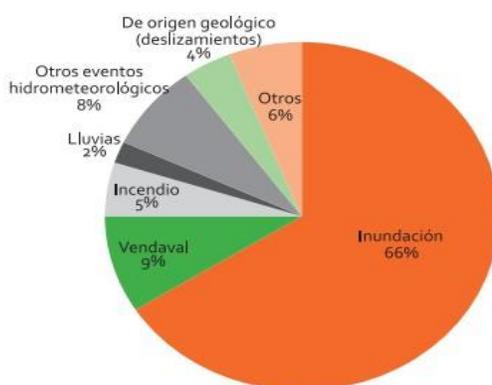
Fuente: Elaboración propia. Estrategia PASE a la equidad en salud. Reconocimiento de la base físico espacial del territorio

El clima de Bolívar es tropical con una temperatura que oscila entre 26 y 30 °C. Las lluvias están influenciadas por la acción de los vientos alisios del noreste y por la zona de confluencia intertropical. Existen dos periodos de lluvias marcados: entre abril y junio, el primero; y entre agosto y noviembre, el segundo. Por el contrario, se presentan dos temporadas de sequía: una muy acentuada entre finales de noviembre y marzo, y otra más corta entre junio y agosto (Martínez, s.f.).

NIT. 806.005.597-1

En cuanto a las zonas de riesgo, al mayor riesgo que se encuentra expuesto el departamento es a inundaciones debido a su hidrografía, siendo este alto para las seis ZODES (Dique, Montes de María, Bajo Cauca, Depresión Momposina, Loba y Magdalena Medio), de manera cíclica de acuerdo al periodo de lluvias, es este riesgo, el generador de mayor impacto en la población, con el 66% de los eventos del año 1980 al 2011, seguido de los vendavales con el 9% de los eventos los cuales se presentan en los ZODES Dique, Montes de María, y Depresión Momposina(Figura 3).

**Figura 3. Desastres más frecuentes en Bolívar 1980 -2011 Sistema de inventario de efectos de desastres**



Fuente: Plan Departamental para la Gestión del Riesgo de Bolívar (Gobernación de Bolívar, PNUD).

### 6.2.2 Ecosistemas Estratégicos y Uso Sostenible del Territorio

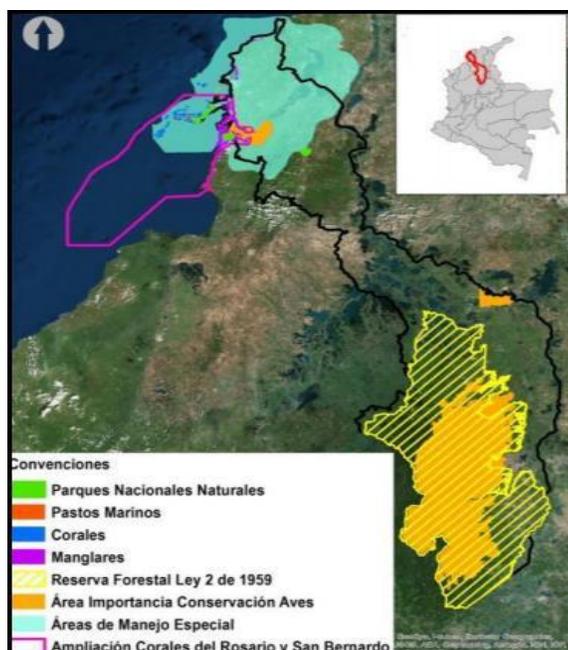
El Departamento de Bolívar hasta el año 2013 existían solo 3 Parques Nacionales Naturales de especial interés estratégico por su alta diversidad biológica como lo son el Parque Nacional Natural Islas Corales del Rosario y San Bernardo en donde hay Ecosistemas Estratégicos como Pastos Marinos, Corales y Manglares, el Santuario de Fauna y Flora “Los Colorados” y el Santuario de Fauna y Flora “El Corchal” que se comparte con el Departamento de Sucre y que están bajo la jurisdicción de CARDIQUE.

No obstante, el Consejo Directivo de la Corporación Autónoma Regional del Canal del Dique –CARDIQUE- procedió mediante Acuerdo No. 004 del 27 de Noviembre de 2013 a declarar un área 421,39 hectáreas, de acuerdo al polígono de coordenadas y plano adjunto, como Parque Natural Regional (PNR), el cual se denominará “Parque Natural Regional Bosque Seco El Ceibal Mono Titi”, ubicado en la Hacienda El Ceibal, jurisdicción del municipio de Santa Catalina, departamento de Bolívar. Mapa 2.



NIT. 806.005.597-1

**Mapa 2. Áreas Protegidas y de manejo especial en Bolívar**



Fuente: Sistema Nacional de Áreas Protegidas –SINAP- (2014)

Así mismo, dentro de la jurisdicción de CARDIQUE se encuentra la cuenca del Canal del DIQUE, un cuerpo de agua estratégico para el desarrollo económico, social y ambiental de esta región. Este ecosistema se encuentra presentando múltiples problemáticas: alta sedimentación, vertimiento de aguas servidas, vertimiento de residuos sólidos y deforestación.

El Departamento de Bolívar cuenta además con que el 43% del territorio del Sur, sobre la Serranía de San Lucas se encuentra protegido bajo la figura de Reserva Forestal que corresponde a una estrategia de conservación in situ a través de la Ley Segunda de 1959 y que se encuentra en la jurisdicción de la Corporación del Sur del Bolívar –CSB-. Esta área es considerada como un área de especial importancia para la conservación de especies de Aves y de recursos forestales e hídricos debido a la presencia de nacimiento de ríos y quebradas afluentes del Río Magdalena, Cauca y San Jorge.

Esta zona de Reserva Forestal de 1.140.519,55 hectáreas, fue ordenada y zonificada por medio de la Resolución 1924 de 30 de diciembre de 2013 del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. Esta zonificación va del Tipo A al Tipo C para la caracterización ambiental de la zona, así como el tipo de actividades productivas que se pueden realizar.

Cabe destacar que en el caso de las Zonas Tipo A y Tipo B están especialmente protegidas para asegurar una oferta de servicios eco-sistémicos relacionados especialmente con la regulación hídrica y climática, la asimilación de contaminantes del aire y del agua, la formación y protección del suelo, la protección de paisajes singulares y de patrimonio cultural y el soporte de la diversidad biológica.

Del área total, 533.537 hectáreas, corresponden a zona Tipo A (47%), 281,341 a Tipo B (25%) y 325,642 a Tipo C (29%), y se localizan en los territorios de los municipios de Achí, Altos del



NIT. 806.005.597-1

Rosario, Arenal del Sur, Barranco de Loba, Cantagallo, Montecristo, Morales, Norosí, Pinillos, Rio Viejo, San Jacinto del Cauca, San pablo, Santa Rosa del Sur, Simití y Tiquisio.

A partir de lo anterior se infiere también que quienes tienen más territorio dentro del área delimitada son los municipios de Santa Rosa del Sur (224.696 hectáreas), San Jacinto del Cauca (200.872 hectáreas) y Montecristo (209.482 hectáreas) siendo este último quien más territorio tiene en Zona Tipo A con un 95% de su territorio considerado como área de conservación.

También es importante mencionar que a partir de la Resolución 1628 del 13 de Julio de 2015 se resolvió declarar como “zonas de protección y desarrollo de los recursos naturales renovables y del medio ambiente” a una serie de 6 polígonos<sup>1</sup> en el territorio nacional de los cuales el polígono 2 “Serranía de San Lucas” se concentra sobre la Zona de Reserva Forestal de la Ley Segunda con un área en Bolívar de 457,058. 41 hectáreas lo cual fortalece las medidas de protección en esta área.

### **6.2.3. Accesibilidad geográfica**

En Bolívar existe una malla vial con una longitud aproximada de 3.099.00 Km, de la cual 457.13 Km son Red Vial Primaria, a cargo de la Nación, 130.00 Km son Red Secundaria a cargo del Departamento y 2511,87 Km corresponden a la Red Vial Terciaria a cargo de INVIAS (Subdirección de la Red Terciaria y Férrea) y de los Municipios.

La articulación de la Red Vial de carreteras con los modos fluvial y aéreo, presentan deficiencias generadas por el mal estado de corredores viales acentuándose por los efectos de la ola invernal y la infraestructura portuaria fluvial no adecuada a las expectativas de desarrollo, lo cual, con la no oportuna intervención, además de generar rezago social, se incrementarían las limitaciones que han incidido negativamente en los niveles de competitividad, calidad de vida y desarrollo socio-económico, minero, agrícola y ambiental de nuestro Departamento con el contexto nacional, además de incrementar los costos de transportes, operación e índices de pérdidas pos cosechas, accidentalidad vial e inseguridad entre otros.

El Departamento de Bolívar cuenta con las arterias fluviales conformadas por los ríos Magdalena, incluyendo los Brazos de Loba y Mompós, Cauca, San Jorge, Canal del Dique y sistemas lagunares, constituyéndose en ejes articuladores propiciando el transporte intermodal hacia los centros de producción, consumo, desarrollo y rutas nacionales. Los Ríos Magdalena y Cauca, se constituyen en arterias fluviales importantes en nuestro Departamento, para la integración de los municipios localizados en sus riberas y áreas de influencia. Adicionándose el Brazo Morales, Río Chicagua y el sistema de caños conectores. El transporte de carga y de pasajeros por el Río Magdalena, Cauca, sus brazos y canales presentan limitaciones por deficiencias en su infraestructura: muelles, atracaderos, etc. El Río Magdalena si bien requiere de una infraestructura física como medio de transporte

---

<sup>1</sup> Polígono 1, Selvas transicionales de Cumaribo, polígono 2. Alto Manacacias, polígono 3. Serranía de San Lucas, polígono 4. Serranía de Perijá, polígono 5. Sabanas y Humedales de Arauca y polígono 6. Bosques secos del Patía.



NIT. 806.005.597-1

fluvial, puertos, canales navegables y embarcaciones fluviales, necesita la construcción de obras complementarias, articuladas con rutas terrestres, que unan los centros ribereños de población con los ejes viales mayores de transporte y un mejor sistema de apoyo portuario que actualmente solo existe en Cartagena y algunas en la ciudad de Magangué.

Tradicionalmente el mayor flujo de pasajeros se concentra en algunas cabeceras municipales localizadas a lo largo de los Ríos Magdalena, Cauca y sus afluentes. Sin embargo, esta magnitud tiene mayor incidencia en lugares como Magangué, San Pablo, Calamar, Simití (Cerro de Burgos), Río Viejo y la Región de la Mojana, articulándose con el modo carretero para conformar el transporte multimodal.

Esta situación antes descrita mantiene una mayor cercanía con la ciudad capital a los municipios ubicados en los ZODES Dique y Montes de María con un acceso basado en la red vial terrestre, y los ZODES Depresión Momposina, Mojana, Loba y Magdalena Medio con conexión multimodal terrestre- fluvial agrupando estos dos últimos ZODES los municipios más alejados y con mayores dificultades en el transporte en el cual algunos por su ubicación geográfica y la forma alargada del departamento de Bolívar realizan actividades económicas y de acceso a servicios de salud de niveles dos y tres en la ciudad de Bucaramanga.

### **6.3. Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS**

#### **6.3.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud**

##### **6.3.1.1. Condiciones de vida**

Las coberturas de servicios públicos en el departamento de Bolívar (sin incluir al Distrito de Cartagena) son significativamente más bajas que las estimadas a nivel nacional, en especial las coberturas de acueducto y alcantarillado. Encontramos que el servicio de electricidad es bajo en las áreas diferentes a la cabecera municipal; la cobertura de acueducto no supera el 65% en el departamento y la de alcantarillado es de solo 16%, mostrando una situación crítica especialmente en áreas rurales. El resto de determinantes intermedios en Bolívar relacionados a las condiciones de vida presentan valores mayores a los de Colombia, que en este caso ubican al Departamento en una peor situación, como es el caso del IRCA (43,81) que indica un riesgo alto y que el agua no es apta para el consumo humano, el porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (Bolívar 28,9 y Colombia 17,2) y el porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excreta (Bolívar 45,4 y Colombia 17,0). Estos determinantes indican brechas de desigualdad social en donde las principales intervenciones deben ser realizadas por otros sectores diferentes a Salud, pero sus efectos repercuten principalmente en esta área, afectan a la población y se convierten en factores de riesgo para la aparición de ciertas enfermedades transmisibles y relacionadas con salud ambiental. Tabla 5.



NIT. 806.005.597-1

**Tabla 5. Condiciones de vida del departamento de Bolívar, 2005-2018**

<b>Determinantes intermediarios de la salud</b>	<b>Colombia</b>	<b>Bolívar</b>
Cobertura de servicios de electricidad	96,3	90,9
Cobertura de acueducto	86,4	64,3
Cobertura de alcantarillado	76,6	16,3
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	18,3	43,81
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2005)	17,19	28,94*
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2005)	16,98	45,44*
<b>Determinantes intermediarios de la salud</b>	<b>Cabecera</b>	<b>Resto</b>
Cobertura de servicios de electricidad	98,0	79,1
Cobertura de acueducto	77,3	43,0
Cobertura de alcantarillado	24,1	3,6

Fuente: Coberturas: CNPV DANE 2018. IRCA: SIVICAP. \*Censo DANE 2005 (incluye Cartagena).

**6.3.1.2. Disponibilidad de alimentos**

En lo correspondiente a los indicadores relacionados con la nutrición, no se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los datos de Colombia y el departamento de Bolívar, aun así, los indicadores de prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años, prevalencia de obesidad de 18 a 64 años y obesidad en mujeres de 13 a 49 años están por encima de los valores nacionales, que merecen ser intervenidas. Los indicadores relacionados con desnutrición en niños y niñas se relacionan con las condiciones de vida y educación de la población y son factores desencadenantes de mortalidad y años de vida potencialmente perdidos. Tabla 6.

NIT. 806.005.597-1

**Tabla 6. Disponibilidad de alimentos del departamento de Bolívar, 2005-2017**

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia	Bolívar	Comportamiento														
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017			
Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (ENSIN 2010)	1,8	1,30															
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE 2017)	9,10	7,43*	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘			
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años (ENSIN 2010)	3,4	4,30					↗										
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años (ENSIN 2010)	13,2	10,80					↗										
Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años (ENSIN 2010)	11,5	17,10					↗										
Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años (ENSIN 2010)	15,2	16,90					↗										
Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años (ENSIN 2010)	27,5	22,80					↗										

Fuente: ENSIN 2010 Encuesta nacional de situación nutricional en Colombia. EEVV DANE: \*El valor no incluye Cartagena

### 6.3.1.3. Condiciones factores, psicológicos y culturales

Entre los siguientes indicadores relacionados con las condiciones y factores psicológicos y culturales encontramos similitud en los valores entre Bolívar y Colombia en lo correspondiente a los hábitos alimentarios saludables, el uso de métodos anticonceptivos, la edad promedio de la primera relación sexual y valores inferiores en el consumo de sustancias psicoactivas, sin diferencias estadísticas significativas; se destaca que las tasas de incidencia de violencia intrafamiliar y contra la mujer están por debajo del nivel nacional, aunque estas cifras pueden presentar subregistros ya que no todos los casos son denunciados ni llegan a Medicina Legal. Tabla 7.



NIT. 806.005.597-1

**Tabla 7. Factores psicológicos y culturales del departamento de Bolívar, 2010-2018**

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Bolívar	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumen de verduras diariamente (ENSIN 2010)	28,1	29,8									
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumen de frutas diariamente (ENSIN 2010)	66,8	69,9									
Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 12 a 18 años (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares (ENSPA 2016)	37	32,70							↗		
Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años) (ENDS 2015)	79,1	74,00						↗			
Porcentaje de hombres actualmente unidos con uso actual de algún método anticonceptivo (13 y 49 años) (ENDS 2015)	79,4	74,50						↗			
Edad mediana de primera relación sexual de mujeres de 20 a 49 años, (ENDS 2015)	17,6	17,80						↗			
Edad mediana de primera relación sexual de hombres de 20 a 49 años, (ENDS 2015)	16,2	16,50						↗			
Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 12 a 18 años (ENSPA 2016)	8	2,50							↗		
Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años (Cuenta de alto costo MSPS 2018)	2,05	0,00*			-	-	-	-	-	↗	↘
Cobertura de tratamiento antirretroviral (Cuenta de alto costo MSPS 2018)	82,9	84,7			-	-	-	-	↗	↗	↘
Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año (ENSPA 2016)	11	4,80									
Prevalencia de fumadores actuales (ENS 2007)	12,8	9,50									
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Forensis 2018)	57,5	20,17*		↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (SIGIVILA 2016)	291,47	204,95		-	↗	↗	↗	↗	↗		

Fuente: ENSIN 2010, ENSPA 2016, ENS 2007, CAC, SIVIGILA, ENDS 2015, FORENSIS 2018, SISPRO.

\*El valor del indicador no incluye Cartagena



NIT. 806.005.597-1

### 6.3.1.4 Sistema sanitario

La mayoría de indicadores del sistema sanitario no se encuentran críticos en cuanto no presentan una diferencia estadísticamente significativa respecto a los nacionales. Sin embargo, el departamento presenta una deficiente red de servicios de salud la cual afecta el acceso a servicios como hospitalización y unidades de cuidados intensivos, así como de subespecialidades debiendo apoyarse en el departamento del Atlántico, del Magdalena o del Cesar y en algunos casos, en la red del interior del país. Sobre la baja cobertura de la vacunación BGC, es importante anotar que dado que muchos de los nacidos vivos nacen en Cartagena, cuando llegan a su lugar de residencia ya han sido vacunados, lo que explicaría esta disminución en los demás municipios. No obstante, aun al incluir Cartagena se obtiene una cobertura de 73,1%, la cual está lejos de la cifra óptima de 95%. Aunque las coberturas de los demás biológicos han aumentado para los últimos años tampoco alcanzan el 95%(Tabla 8).

**Tabla 8. Sistema sanitario del departamento de Bolívar, 2006 – 2018**

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Bolívar	Comportamiento														
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE 2005)	15,8	18,7*															
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP-DANE 2005)	6,3	5,1*															
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2018)	94,44	87,93							↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2018)	89,13	49,75	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2018)	92,46	87,74	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	↗	

NIT. 806.005.597-1

Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2018)	92,49	86,65	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2018)	95,18	93,59	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE 2017)	87,7	84,85	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE 2017)	98,89	99,49	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE 2017)	98,98	99,56	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	-	↗

Fuente: DANE, Ministerio de salud y protección social, cubos SISPRO, EEVV – DANE. \* Valores de Bolívar incluyendo Cartagena

### 6.3.2. Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud

#### 6.3.2.1. Necesidades Básicas Insatisfechas y Situación de Pobreza

De acuerdo a los resultados del Censo 2005 del DANE, en Bolívar se encontró una proporción del 40,26% de población con NBI. La ciudad de Cartagena tiene las mejores condiciones en NBI con un 26%; a su vez el municipio de San Jacinto la situación más desafortunada con 94,3% y el Carmen de Bolívar 93,4%, así como San Jacinto de Cauca, Norosí y Tiquisio el 91%, 90%, 88% y 86%, respectivamente. En general la situación del departamento es crítica teniendo solo 15 municipios incluido Cartagena con NBI menor al 60%, dentro de estos se encuentran San Cristóbal, Santa Catalina, Mompos y Soplaviento con un 45%, 48%, 49%, 51% y 53%, respectivamente.

Así mismo, se notan desigualdades en cuanto a la población ubicada en cabeceras municipales y el resto, teniendo la brecha más amplia los municipios de Cantagallo, Mompos, Montecristo y Altos del Rosario con 47%, 41%, 39% de brecha (diferencia absoluta) los tres primeros y 36% los dos últimos.

NIT. 806.005.597-1

En cuanto a otros indicadores relacionados con el ingreso, el porcentaje de NBI del departamento muestra cambios favorables con una tendencia a la disminución; así mismo se muestra una reducción sostenida en la incidencia de pobreza monetaria hasta el año 2017. De igual forma se presentó un aumento del promedio del Ingreso per cápita de la unidad de gasto de la población hasta el 2014 de 421.284 pesos. En cuanto al coeficiente Gini no se muestran cambios sustanciales en la tendencia, mientras que la línea de indigencia ha ido en aumento año tras año. Tabla 9.

**Tabla 9. Otros indicadores de ingreso, departamento de Bolívar, 2010 – 2018**

Indicadores de ingreso	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Incidencia de la pobreza monetaria (%)	49,4	43,7	44,2	41,8	39,9	39,3	41,0	38,2	36,2
Incidencia de la pobreza monetaria extrema (%)	14,9	12,0	13,2	12,6	10,1	8,3	11,0	7,9	7,0
Coeficiente de Gini	0,514	0,500	0,507	0,501	0,512	0,489	0,480	0,461	0,472
Promedio del Ingreso per cápita de la unidad de gasto de la población (COP)	345.214	359.699	382.983	421.284	436.524	444.962	462.500	490.712	345.214
Línea de pobreza (COP)	184.328	188.383	196.634	204.876	208.950	215.121	228.020	246.135	254.285
Línea de la pobreza extrema (COP)	84.658	89.157	93.301	93.391	95.871	104.459	115.722	116.343	117.745

Fuente: DANE, Encuesta Continua de Hogares (2002-2005) y Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2017). Base de datos de actualización ASIS 2018 (valores incluyen a Cartagena).

### 6.3.2.2. Oferta de Servicios de Salud

Al analizar los servicios habilitados que tiene el departamento de Bolívar que se encuentran en el Registro de Prestadores de Salud- REPS, se observa con mayor frecuencia el grupo de servicios de consulta externa con 42,1% (n=5838) de la totalidad de los servicios habilitados(13.866). En segundo lugar, el grupo de servicios de protección específica y detección temprana con 25,38%(n=3547), luego el grupo de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica con 20,39%(n=2827), quirúrgicos 4,31%(n=597), internación 3,58%(n=497); transporte asistencial 1,13%(n=156), urgencias 0,76%(n=106), el resto corresponde a otros servicios, proceso y no definido. El departamento cuenta con un mayor porcentaje de prestadores de baja complejidad, por lo que se puede generar y fortalecer el primer nivel de atención en los municipios orientado en la Atención Primaria en salud con un enfoque comunitario y familiar. Los prestadores del distrito de Cartagena, son fundamentales y necesarios para garantizar la efectividad de la atención en salud principalmente la de los servicios de baja y alta complejidad.

Al realizar una caracterización de los prestadores de servicios de salud del departamento de Bolívar, según el REPS, se evidencia que éste cuenta con un total 46 IPS públicas (3 en Cartagena) y 506 IPS privadas (384 en Cartagena), con una oferta de camas hospitalarias de 2 por cada 1.000 habitantes. Así mismo se observa que por cada 10.000 habitantes en el



NIT. 806.005.597-1

departamento hay 1 ambulancia. La OMS indica que una población de más de 100.000 habitantes, como lo es Bolívar, debe presentar una razón de 4 a 4,75 camas por 1000 habitantes, lo cual no se cumple en el Departamento.

### 6.3.2.3 Educación

En Colombia la tasa de analfabetismo en personas entre los rangos de edad de 15 a 24 años fue de 18,6% y para el departamento de Bolívar, fue de 28,6%, existiendo una diferencia estadísticamente significativa y siendo un factor de riesgo social para el departamento de Bolívar.

En cuanto a las tasas de coberturas de educación observamos que, en Bolívar, sin incluir Cartagena, no se presentan diferencias estadísticamente significativas con respecto a las de Colombia, pues tanto el departamento como el país tienen coberturas superiores al 100%, en cuanto a educación categorías primaria y secundaria. Por otro lado, la cobertura de categoría media es la más baja, siendo de solo 72,6% en Bolívar, convirtiéndose en un factor de riesgo social, económico y psicológico dadas las consecuencias de que los jóvenes estén desocupados, relacionándose con la deserción escolar, el ingreso a grupos delictivos, el consumo de sustancias psicoactivas, los embarazos adolescentes, entre otros problemas sociales que influyen en la salud pública

### 6.3.3. Abordaje de los Efectos de Salud y Sus Determinantes

#### 6.3.3.1. Mortalidad

Durante el periodo 2005 a 2017, las tasas ajustadas de mortalidad en el departamento han tenido una tendencia creciente, la gran causa que concentra la mayor mortalidad son las enfermedades del sistema circulatorio, siendo más afectado el sexo masculino que el femenino. En segundo lugar se encuentran las demás causas, seguido de las Neoplasias, causas externas, enfermedades transmisibles.

La concentración de años de vida potencialmente perdidos se da principalmente en los hombres, grupo en el que las causas externas acumulan un porcentaje importante de años de vida potencialmente perdidos. Sin embargo, las demás causas, las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias tienen una representatividad importante en el total de la población.

Analizando el comportamiento de las tasas ajustadas por subgrupos entre los periodos del 2005 al 2017, se evidencia que en el grupo de Enfermedades transmisibles el primer lugar es para las infecciones respiratorias agudas, así como la enfermedad por VIH y las infecciones intestinales. En cuanto a la mortalidad por neoplasias el tumor maligno de próstata, el de mama y el de la tráquea, los bronquios y el pulmón fueron la principal causa de mortalidad. El principal subgrupo causante de muertes por enfermedades del sistema circulatorio es el de las enfermedades isquémicas del corazón, seguida de las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades hipertensivas. Dentro de los subgrupos de causas de muerte por afecciones originadas en el periodo perinatal el de mayor carga de mortalidad fue el de los trastornos respiratorios del recién nacido. En el grupo de las causas externas, las agresiones (homicidios) y los accidentes de transporte terrestre representan las principales causas de muerte. Dentro del grupo de las demás enfermedades, el responsable



NIT. 806.005.597-1

de las mayores tasas de mortalidad fueron las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, seguida de la diabetes mellitus y las enfermedades del sistema urinario.

En cuanto a la mortalidad materno infantil, en la población menor de 1 año y menor de 5 años, la principal gran causa de mortalidad es ciertas afecciones originadas en el período perinatal y en segundo lugar las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; mientras que en los niños y niñas de 1 a 4 años la principal gran causa de muerte es causas externas de morbilidad y mortalidad, seguida de enfermedades del sistema respiratorio y enfermedades infecciosas y parasitarias.

El Subgrupo de grandes causas que mayor número de muertes causó en las poblaciones de menores de 1 año y menores de 5 años son, en primer lugar, Dificultad respiratoria del recién nacido y, de segundo, Sepsis bacteriana del recién nacido. En la población de 1 a 4 años tenemos la Neumonía como principal subgrupo causante de mortalidad, seguido de la Desnutrición y otras deficiencias nutricionales; observando que en todos estos subgrupos los primeros lugares los ocupan problemas respiratorios.

Para los indicadores de mortalidad materna infantil y en la niñez, se observa que la razón de mortalidad materna, la tasa de mortalidad infantil, mortalidad en la niñez, mortalidad por IRA y desnutrición en menores de 5 años presentaron valores superiores a los de Colombia en el año 2017, sin una diferencia estadísticamente significativa; la tendencia de estos indicadores fue descendente en el último año, a excepción de la mortalidad infantil. La tasa de mortalidad neonatal de Bolívar fue igual a la tasa nacional, mientras que, la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años presentó un importante descenso en el último año. Tabla 10

**Tabla 10. SemafORIZACIÓN y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, departamento de Bolívar, 2005- 2017**

Causa de muerte	Colombia 2017	Bolívar 2017	Comportamiento												
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Razón de mortalidad materna	51,01	51,60	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	
Tasa de mortalidad neonatal	6,94	6,94	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad infantil	10,73	11,87	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	
Tasa de mortalidad en la niñez	13,02	14,33	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	14,17	15,08	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	2,97	0,79	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	5,84	6,35	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	

Fuente: Bodega de datos Cubos SISPRO – MinSalud. (Bolívar sin incluir Cartagena)

La siguiente tabla, relaciona las prioridades en cuanto a la mortalidad del departamento, sus indicadores comparados con el referente del Nivel Nacional y la tendencia, además el grupo de riesgo MIAS asociado a cada uno para relacionar la necesidad de formular, diseñar, implementar y/o evaluar según cada caso políticas, proyectos y estrategias con un enfoque

NIT. 806.005.597-1

diferencial que involucre la intersectorialidad y transectorialidad, con el fin de generar un impacto significativo desde lo social, comunitario y familiar en la salud de la población de Bolívar.

**Tabla 11. Identificación de prioridades en salud por mortalidad general, específica y materno infantil y en la niñez del departamento de Bolívar, 2019**

Mortalidad	Prioridad	Bolívar 2017	Colombia 2017	Tendencia 2005 a 2017	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Enfermedades del sistema circulatorio	130,6 muertes x 100.000 hab.	150,3 muertes x 100.000 hab.	Ascendente	001
	2. Las demás causas	86,0 muertes x 100.000 hab.	118,4 muertes x 100.000 hab.	Ascendente	000
	3. Neoplasias	61,4 muertes x 100.000 hab.	94,9 muertes x 100.000 hab.	Ascendente	007
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades isquémicas del corazón	49,95 muertes x 100.000 hab.	80,07 muertes x 100.000 hab.	Descendente	001
	2. Enfermedades cerebrovasculares	23,81muertes x 100.000 hab.	31,65 muertes x 100.000 hab.	Descendente	001
	3. Enfermedades hipertensivas	19,22 muertes x 100.000 hab.	18,35 muertes x 100.000 hab.	Descendente	001
	4. Infecciones respiratorias agudas	13,48 muertes x 100.000 hab.	19,70 muertes x 100.000 hab.	Descendente	009
	5. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	13,44muertes x 100.000 hab.	30,08 muertes x 100.000 hab.	Descendente	000
	6. Diabetes mellitus	12,19muertes x 100.000 hab.	15,53 muertes x 100.000 hab.	Descendente	001
	7. Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	3,80 muertes x 100.000 hab.	5,47 muertes x 100.000 hab.	Descendente	012
	8. Enfermedades del sistema urinario	8,71 muertes x 100.000 hab.	13,64 muertes x 100.000 hab.	Descendente	000
	9. Tumor maligno de la próstata	0,25 muertes x 100.000 hombres	14,88 muertes x 100.000 hombres	Descendente	007
	10. Tumor maligno del cuello del útero	6,69 muertes x 100.000 mujeres	6,59 muertes x 100.000 mujeres	Ascendente	007
	11. Agresiones (homicidios)	12,20 muertes x 100.000 hab.	24,34 muertes x 100.000 hab.	Descendente	012
	12. Accidentes de transporte terrestre	8,96 muertes x 100.000 hab.	14,50 muertes x 100.000 hab.	Descendente	012
	13. Enfermedad por VIH (SIDA)	3,84 muertes x 100.000 hab.	5,16 muertes x 100.000 hab.	Descendente	009
	14. Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	7,54 muertes x 100.000 hab.	9,94 muertes x 100.000 hab.	Descendente	007
	15. Tumor maligno de los órganos digestivos y	6,10 muertes x 100.000 hab.	14,02 muertes x 100.000 hab.	Descendente	007

NIT. 806.005.597-1

	del peritoneo, excepto estómago y colon				
	16. Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	No aplica			008
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal menores de 1 año	5,45 muertes x 1.000 N.V.	5,63 muertes x 1.000 N.V.	Descendente	008
	2. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias menores de 5 años	1,00 muertes x 100.000 <5 años	4,23 muertes x 100.000 <5 años	Descendente	009
	3. Enfermedades del sistema respiratorio de 1-4 años	6,99 muertes x 100.000 de 1-4 años	8,46 muertes x 100.000 de 1-4 años	Descendente	000
	4. Enfermedades del sistema nervioso de 1-4 años	4,99 muertes x 100.000 de 1-4 años	6,04 muertes x 100.000 de 1-4 años	Ascendente	000
	4. Causas externas de morbilidad y mortalidad de 1-4 años	12,98 muertes x 100.000 de 1-4 años	11,48 muertes x 100.000 de 1-4 años	Descendente	012
	5. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas menores de 5 años	51,60 muertes x 100.000 <5 años	45,81 muertes x 100.000 <5 años	Descendente	008
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores	1. Mortalidad materna	51,60 muertes x 100.000 N.V.	51,01 muertes x 100.000 N.V.	Descendente	008
	2. Mortalidad infantil	11,87 muertes x 100.000 N.V.	10,73 muertes x 100.000 N.V.	Ascendente	008
	3. Mortalidad en la niñez	14,33 muertes x 100.000 N.V.	13,02 muertes x 100.000 N.V.	Ascendente	008
	4. Mortalidad por IRA en menores de 5 años	15,08 muertes x 100.000 <5 años	14,17 muertes x 100.000 <5 años	Descendente	009
	5. Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	6,35 muertes x 100.000 <5 años	5,84 muertes x 100.000 <5 años	Descendente	003
	6. Mortalidad por EDA en menores de 5 años	0,79 muertes x 100.000 <5 años	2,97 muertes x 100.000 <5 años	Descendente	009

Fuente: Elaboración propia según los datos de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE. (Bolívar sin Cartagena)





NIT. 806.005.597-1

### 6.3.3.2. Morbilidad

El análisis de Morbilidad se caracteriza por ser uno de los componentes principales por la cual se permite reconocer la evolución del proceso salud – enfermedad y sus posibles determinantes, de igual forma facilita la realización de un diagnóstico de las enfermedades que ocasionan alteraciones en la salud en la población del Departamento y así poder abarcar posibles intervenciones enfocadas en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el control de éstas.

En Bolívar el mayor número de atenciones, se reflejó en la población del ciclo vital Adultez (39%), seguido de las personas mayores de 60 y más años (19%) y de la juventud (15%). La principal gran causa de acuerdo al número de atenciones en el periodo comprendido del 2009 al 2018, de acuerdo a la población total, es el grupo de las enfermedades no transmisibles con un 61%, seguida de condiciones mal clasificadas con 17% (las cuales indican la dificultad en la identificación de diagnósticos e interfieren negativamente en el análisis de las verdaderas causas de morbilidad que afectan a la población) y el tercer lugar condiciones transmisibles y nutricionales con 15%.

En la Primera infancia de 0 – 5 años las causas que generan mayor carga de morbilidad, son las enfermedades clasificadas en el grupo de Condiciones transmisibles y nutricionales indicando que estas han sido la primera causa de atención durante el 2018 con un total de 177.923 consultas que reflejan proporción del 38,07%, seguido de las enfermedades no transmisibles que generaron el 36,69% y las condiciones mal clasificadas con el 20,46%. Por lo contrario, y sin dejar de observar las enfermedades que se ubican dentro de la tendencia al descenso se encuentran: las condiciones congénitas y las lesiones mostrando una proporción de 9,05% con un total de 22.393 consultas.

En la etapa de la Infancia (6 a 11 años) se atendieron un total de 2.280.078 personas, de las cuales el mayor número de atenciones están representadas por las Enfermedades no transmisibles con una proporción del 47,81% en el año 2018, evidenciando una tenencia fluctuante en los diferentes periodos analizados, seguido de las condiciones transmisibles y nutricionales que generaron el 26,35% en este año. En tercer lugar, están las condiciones mal clasificadas con el 20,64% en el 2018.

En el grupo de adolescencia se logra observar las enfermedades no transmisibles representan proporcionalmente las principales causas de morbilidad con un 54,39% (1.809.782) durante los años 2009 – 2018, en este grupo de edad. Se aprecia además, una tendencia al aumento con un cambio porcentual de 0,4% que indica mayor morbilidad por esta gran causa en la población de adolescentes del Departamento de Bolívar.

Para el grupo de Juventud (14 a 26 años) Las Enfermedades no transmisibles han sido la primera causa de atención durante el periodo 2009 – 2018 en el ciclo vital Juventud 52,96%, en segundo lugar, las causas de morbilidad en este grupo de población son las Condiciones mal clasificadas 25,94%, y en tercer lugar condiciones transmisibles y nutricionales con 12,12% en la población joven.



NIT. 806.005.597-1

Con respecto al ciclo vital adultez (27 a 59 años) presenta un alto número de casos (13.823.114), encontrándose las enfermedades no transmisibles como la principal causa de morbilidad en este grupo de edad en el departamento de Bolívar con un 68,93% (9.457.078) durante el periodo del 2009 al 2018, seguidas de las Condiciones mal clasificadas con una proporción de 18,41%, se observa una tendencia al aumento Condiciones transmisibles y nutricionales para el año 2018 con respecto al año anterior.

En la población del ciclo vital adulto mayor (>60 años) las enfermedades no transmisibles representan la principal causa de morbilidad representando en el periodo del 2009 al 2018 con 78,54 % ( 5.335.510) de las atenciones en este grupo de edad. En el Departamento de Bolívar, se observa que la principal causa de morbilidad por subgrupo son las enfermedades cardiovasculares lideran el mayor porcentaje de consultas de preferencia de causas de morbilidad, con un total de 1.432.013 consultas durante todo el recorrido de la serie 2009 – 2019, Seguido de las enfermedades musculo – esqueléticas con 979.745 consultas aportando el 12,33% a la carga total de morbilidad por enfermedades no transmisibles en este grupo poblacional. Esta situación puede verse asociado a que durante el proceso de envejecimiento se producen cambios fisiológicos tanto en la esfera orgánica como en la mental, encontrando los Trastornos mentales y del comportamiento los que aportan la mayor carga en este ciclo vital con 222.777 consultas con una proporción del 89,56%.

Al realizar el análisis de los indicadores de los eventos precursores del alto costos para el 2018 (diabetes mellitus e Hipertensión arterial), se puede observar que no existe diferencia significativa de lo evidenciado al comparar la nación y el departamento, aunque el valor departamental de la prevalencia de hipertensión arterial fue mayor. Aun así, es importante mencionar el comportamiento ascendente que han mantenido estos indicadores en la mayoría de años analizados en Bolívar. Las patologías de alto costo a nivel nacional es un reto y compromiso, la Cuenta de Alto Costo es el responsable de repositorio de la información que obliga a la EPS gestionar el riesgo individual de su población, al igual de recibir pagos por resultados, a nivel departamental en Bolívar se puede observar en los indicadores relacionados con la ERC que ese encuentra por debajo del margen nacional, en el casos de la incidencia de leucemia está por encima del nacional en el caso de la linfoide, caso similar pasa con el VIH que no existe diferencia significativa, su tendencia es al aumento, por lo que es importante implementar planes y programas orientados en la atención integral y el reporte confiable y obligatorio de la información, para determinar la situación real de estas patologías que son de vigilancia e interés de salud pública, priorizadas en Plan decenal de salud pública. Por último, el dato de Bolívar incluye al Distrito de Cartagena, excepto la Incidencia de VIH. Tabla 12

NIT. 806.005.597-1

**Tabla 12. Eventos de alto costo. Departamento de Bolívar, 2009 – 2018**

Evento	Colombia	Bolívar	Comportamiento									
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal (2017)	0,02	0,04	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados (2018)	8,28	8,10	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	
Tasa de incidencia de VIH notificada (2018)	20,56	14,45*	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años) (2017)	0,71	0,31	↗	-	↗	-	↘	↗	↗	↘	↘	
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años) (2017)	3,86	4,14	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	

Fuente: Cuenta de Alto Costo – Bodega de Datos SISPRO (SGD) \*Dato no incluye Cartagena.

En las tasas de letalidad de los Eventos de Notificación Obligatoria en el departamento de Bolívar se observó que los eventos de Bolívar que presentaron en el año 2017 una tasa de letalidad superior a la de Colombia y con diferencias estadísticamente significativas fueron: meningitis por *Haemophilus influenzae*, meningitis tuberculosa, el dengue grave y la leptospirosis. Aquellos eventos que presentaron un valor superior en el Departamento, pero sin diferencias estadísticas significativas frente al indicador nacional fueron: varicela, sífilis congénita, IRA, lepra, dengue, malaria y malaria vivax. Observamos que todos estos eventos son transmisibles y constituyen un importante problema de salud pública en el Departamento.

En cuanto a las tasas de incidencia de eventos de interés, encontramos que los valores de la leptospirosis y la sífilis congénita del 2017 son superiores en Bolívar con respecto al País, con una diferencia estadísticamente significativa del segundo evento y tendencia ascendente.

En el análisis de mortalidad por grandes causas y subgrupos, observábamos un aumento en los últimos años de las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles, lo cual presenta congruencia al compararlo con los eventos de mayor letalidad en el territorio.

NIT. 806.005.597-1

Muchos de estos son prevenibles o por lo menos se podría prevenir la muerte por estas causas con una atención oportuna de los signos y síntomas de alarma. Tabla 13

**Tabla 13. Eventos de notificación obligatoria del departamento de Bolívar, 2007 – 2017**

Causa de muerte	Colombia 2017	Bolívar 2017	Comportamiento									
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Causas externas</b>												
<b>Accidentes biológicos</b>												
Accidente ofídico	0,92	0,76	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘
<b>Intoxicaciones</b>												
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	0,75	0,38	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘
<b>Trasmisibles</b>												
<b>Inmunoprevenibles</b>												
Meningitis Neisseria meningitidis	6,36	0,00	-	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Meningitis por Haemophilus influenzae	7,84	50,00	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗
Meningitis: meningococcica streptococo pneumoniae	3,47	0,00	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-
Tétanos accidental	28,57	14,29	↘	↘	↗	↗	-	↗	↘	↘	-	↘
Varicela	0,03	0,04	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗
<b>Materno perinatal</b>												
Sífilis congénita	1,19	1,28	↘	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘
<b>Transmisión aérea y contacto directo</b>												
Infección Respiratoria Aguda	0,44	0,59	-	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	21,47	10,00	-	-	-	↗	↘	↗	↘	-	↗	↘
Lepra	1,99	2,33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗
Tuberculosis pulmonar	6,77	5,68	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Tuberculosis extra pulmonar	6,78	4,00	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	-	↗	↘
Meningitis tuberculosa	9,35	16,67	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘	-	↗	↗
<b>Transmisión sexual y sanguínea</b>												
Hepatitis distintas a	0,48	0,00	↘	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Chagas crónico y agudo	71,24	0,00	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-
Dengue	0,20	0,44	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘
Dengue grave	16,10	25,00	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘
Leishmaniasis	0,09	0,00	-	-	-	-	↗	↘	-	↗	↘	-
Leishmaniasis cutánea	0,04	0,00	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-
Leptospirosis	8,73	28,26	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗
Malaria	0,04	0,28	↘	↗	↘	↘	↗	↘	-	-	-	↗

NIT. 806.005.597-1

Malaria: vivax	0,02	0,17	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	↗
Malaria: falciparum	0,02	0,00	↘	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Trasmitida por alimentos/suelo/agua</b>												
Hepatitis A	0,15	0,00	-	↗	↘	-	-	-	↗	↘	-	-
<b>Tasas de incidencia PDSP</b>												
Tasa de incidencia de dengue clásico según municipio de ocurrencia	65,16	12,68	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de incidencia de dengue grave según municipio de ocurrencia	0,59	0,12	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘
Tasa de incidencia de leptospirosis	1,32	2,05	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗
Tasa de incidencia de Chagas	1,26	0,00	-	-	-	-	↗	↘	-	↗	↘	-
Tasa de incidencia de sífilis congénita	140,40	194,93*	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↗

Fuente: SIVIGILA – EEVV DANE en Bodega de datos SISPRO. \*El valor no incluye al Distrito de Cartagena

La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive, las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para actuar en situaciones vitales. Por consiguiente, según la OMS, la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de las actividades y las restricciones de la participación.

En el Departamento de Bolívar con corte a septiembre del 2019, se encuentran registradas a través del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD, un total 33.929 personas en condición de discapacidad de residencia en Bolívar (sin Cartagena).

Según el tipo de discapacidad, las alteraciones permanentes del movimiento del cuerpo, manos, brazos y/o piernas representan la mayor proporción de personas (43,5%) de acuerdo con el total de discapacitados, seguido de la alteración permanente del sistema nervioso (38%) y de los ojos (33,8%). Tabla 14.





NIT. 806.005.597-1

**Tabla 14. Distribución de las alteraciones permanentes del departamento de Bolívar, 2019**

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	14770	43,53
El sistema nervioso	12880	37,96
Los ojos	11469	33,80
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	6930	20,43
La voz y el habla	6544	19,29
Los oídos	4121	12,15
La digestión, el metabolismo, las hormonas	2101	6,19
El sistema genital y reproductivo	1485	4,38
La piel	1172	3,45
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	677	2,00
Total	33929	

\*\* Una persona puede tener más de una discapacidad por lo tanto la suma de la columna de proporciones no será 100%

Fuente: RLCPD - Cubo de discapacidad de SISPRO - MINSALUD. Fecha de corte: 25/09/2019. (No incluye Cartagena)

Al priorizar la morbilidad en Bolívar, las enfermedades no transmisibles son las patologías que aportan una gran carga, con proporciones que superan el 45%, seguido de las condiciones mal clasificadas que se puede ver como un error en la clasificación e indican dificultad en la identificación del diagnóstico e interfieren negativamente en el análisis de las verdaderas causas de morbilidad que afectan a la población y en tercer lugar las condiciones transmisibles y nutricionales.

En cuanto a los subgrupos de morbilidad, para las condiciones transmisibles y nutricionales encontramos en primer lugar a las infecciones respiratorias, seguido de las enfermedades infecciosas y parasitarias; en el grupo de materno-perinatales se observa un gran número de atenciones por condiciones maternas; en las no transmisibles se destacan las enfermedades cardiovasculares, las condiciones orales, las enfermedades músculo esqueléticas, las genitourinarias y digestivas; en las lesiones, el principal subgrupo es el de traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas.

En los eventos de morbilidad de salud mental, se observaron importantes proporciones de atenciones de trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas en la población de Bolívar.

Frente a los eventos de interés en salud pública se identifican tasas de letalidad que superan significativamente a Colombia en el año 2018, como son la meningitis por *Haemophilus influenzae*, meningitis tuberculosa, el dengue grave, la leptospirosis y la tasa de incidencia de sífilis congénita.

Con respecto a las enfermedades de alto costo y precursoras, durante los años analizados el departamento de Bolívar muestra que la tendencia de nuevos casos es variable con propensión al aumento especialmente en la leucemia linfocítica en menores de 15 años,



NIT. 806.005.597-1

además de un aumento de la incidencia de la sífilis congénita y de la prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión.

La mayoría de alteraciones permanentes aquejan en la etapa final del ciclo vital, por lo que se considera el envejecimiento de la población y los acelerados avances de la tecnología como ventajas y desventajas del padecimiento de tales patologías.

Es importante resaltar que en el Departamento de Bolívar se deben implementar más programas encaminados a disminuir los factores de riesgo que influyan en las enfermedades crónicas no transmisibles, no sólo en el adulto mayor que es el que mayor carga tiene, si no en el grupo de adolescente, juventud e infancia que aportan más del 50% de consultas; para que se aborde la prevención de estos factores y puedan disminuir el riesgo, con estilos de vida saludable. Tabla 15.

**Tabla 15. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria departamento de Bolívar 2019**

Morbilidad	Prioridad	Bolívar 2018	Colombia 2018	Tendencia	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Enfermedades no transmisibles	61%	No aplica	Aumento	000-001
	2. Condiciones mal clasificadas	17%		Descenso	000
	3. Condiciones transmisibles y nutricionales	15%		Aumento	003-009
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Infecciones respiratorias	58,1%		Descenso	009
	2. Enfermedades infecciosas y parasitarias	37,9%		Aumento	009
	3. Enfermedades cardiovasculares	18,7%		Aumento	001
	4. Condiciones orales	14,1%		Descenso	006
	5. Enfermedades musculoesqueléticas	12,5%		Aumento	000-012
	6. Enfermedades genitourinarias	12,4%		Descenso	000
	7. Condiciones maternas	90,6%		Descenso	008
	8. Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	93,2%	Aumento	012	
Específica en salud mental	1. Trastornos mentales y del comportamiento	89,6%		Ascendente	005
	2. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas en adolescencia y juventud	16,1%		Ascendente	004
Eventos de alto costo y precursores	1. Incidencia de VIH notificada	14,45	20,56	Aumento	009
	2. Leucemia aguda pediátrica linfocítica (2017)	4,14	3,86	Descenso	007
	3. Prevalencia de hipertensión arterial	8,82%	7,91%	Descenso	001

NIT. 806.005.597-1

	4. Prevalencia de diabetes mellitus	1,88%	2,61%	Aumento	001
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	1. Letalidad por Meningitis por Haemophilus influenzae (2017)	50%	7,8%	Aumento	009
	2. Letalidad por Meningitis tuberculosa (2017)	16,7%	9,4%	Aumento	009
	3. Letalidad por Dengue grave (2017)	25%	16,1%	Descenso	009
	4. Letalidad por leptospirosis (2017)	28,3%	8,7%	Aumento	009
	5. Letalidad por malaria (2017)	0,3%	0,04%	Aumento	009
	6. Incidencia de leptospirosis (2017)	2,05	1,32	Aumento	009
	7. Incidencia de Sífilis congénita (2017)	194,9	140,4	Aumento	009
Discapacidad	1. Población de 60 y más años en condición de discapacidad	No aplica		No aplica	000
	2. Discapacidad por el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas	43,5%	No aplica		000
	3. Discapacidad del sistema nervioso	38%			000

Fuente: Elaboración propia según los datos de la Bodega de Datos SISPRO (SGD) – RIPS, CAC, SIVIGILA, RLCPD

#### 6.4 Priorización de los problemas de salud

La siguiente tabla muestra las prioridades identificadas en el departamento de Bolívar, basadas en el análisis de los problemas de salud y sus determinantes relacionados con cada una de las dimensiones del Plan decenal de salud pública y los grupos de riesgo MIAS que le corresponden, estableciendo las situaciones con impacto negativo sobre el Departamento para tener en cuenta en la formulación de estrategias de intervención orientadas a la mitigación de las mismas. Para esta priorización se tienen en cuenta indicadores de tasas de morbilidad, mortalidad, nivel de educación, estrato socioeconómico, etnia, tipo de afiliación en salud. Esta priorización se obtuvo a través del Método de Hanlon, cuya matriz evalúa criterios de Magnitud, Severidad y factibilidad de las problemáticas en salud. Tabla 16



NIT. 806.005.597-1

Tabla 16. Priorización de los problemas de salud del departamento de Bolívar, 2019

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
1. Salud Ambiental	1. Morbi-mortalidad por Enfermedades infecciosas intestinales	009
	2. Morbilidad por Enfermedades respiratorias en menores de 5 años	000
	3. Aumento de los casos de malaria	009
	4. Agua con deficiente calidad para el consumo humano	000
	5. Baja cobertura en servicio de acueducto y alcantarillado	000
	6. Alto porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas	000
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles	1. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, en especial: Enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares e hipertensivas	001
	2. Morbilidad por enfermedades cardiovasculares	001
	3. Mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	000
	4. Morbi-mortalidad por diabetes mellitus	001
	5. Mortalidad por neoplasias, en especial: tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón, del cuello uterino, de la mama de la mujer y de próstata	007
	6. Incidencia de leucemia pediátrica linfocítica	007
	7. Morbi-mortalidad por enfermedades del sistema urinario	000
	8. Alta proporción de atención por condiciones orales	006
3. Convivencia social y salud mental	1. Mortalidad por agresiones (homicidios)	012
	2. Mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	012
	3. Atención de los trastornos mentales y del comportamiento en la población	005
	4. Consumo de sustancias psicoactivas, con un importante aumento de las atenciones por esta causa, en especial en la población joven y adolescente	004
	5. Violencia de género e intrafamiliar	012
	6. Violencia contra la mujer	012
	7. Mortalidad por accidentes de transporte terrestre	012
4. Seguridad alimentaria y nutricional	1. Morbi-mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	003
	2. Porcentaje elevado de nacidos vivos con bajo peso al nacer	008
	3. Alta prevalencia de obesidad	003
	4. Importante proporción de pobreza y personas con NBI que no permiten una adecuada alimentación en la población.	000
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	1. Mortalidad materna y morbilidad materna extrema	009
	2. Altas tasas de embarazo en adolescentes	008
	3. Mortalidad por trastornos respiratorios del periodo perinatal	008
	4. Aumento de los casos y mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	007

NIT. 806.005.597-1

	5. Aumento de la incidencia de enfermedad por VIH (SIDA) y baja cobertura de TAR	009
	6. Alta incidencia de la Sífilis congénita	008
	7. Bajo porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	008
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles	1. Morbi-mortalidad por infecciones respiratorias agudas	009
	2. Alta letalidad por dengue	009
	3. Alta incidencia y letalidad de leptospirosis	009
	4. Alta letalidad por meningitis tuberculosis y por Haemophilus influenzae	009
	5. Bajas coberturas de vacunación en menores de 1 año	009
	6. Aumento de la incidencia de casos de TBC	009
7. Salud pública en emergencias y desastres	1. Alto riesgo de inundaciones en todos los ZODES	000
	2. Deficiencias en la red vial de carreteras por mal estado de las vías dificultando el acceso a zonas rurales y favoreciendo accidentes de transporte terrestre	000
	3. Necesidad de fortalecer las capacidades de respuesta institucional ante desastres naturales	000
	4. Mayor preparación para afrontar la presencia de eventos catastróficos por parte de la comunidad	000
8. Salud y Ámbito laboral	1. Trabajo informal sin medidas de protección	011
	2. Alta informalidad laboral sin afiliación a las ARL	011
	3. Alta Incidencia de accidentes laborales	011
	4. Poca vigilancia de la salud laboral	011
9. Gestión diferencial en poblaciones vulnerables	1. Mortalidad infantil y en la niñez, aún con tasas superiores a las de Colombia	008
	2. Aumento de la población de migrantes venezolanos con necesidad de atención en salud	000
	3. Importante cifra de población víctima de desplazamiento, la cual requiere mayor atención integral	000
	4. Población en condición de discapacidad con necesidad de enfoque diferencial para su atención en salud	000
	5. Baja cobertura de educación media como factor de riesgo en población joven y adolescente	000
	6. Alto porcentaje de población residente en zona rural que implica un difícil acceso del personal de salud	000
10. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	1. Alto porcentaje de condiciones mal clasificadas, indicando debilidades en la clasificación de los diagnósticos médicos y el diligenciamiento de los RIPS	000
	2. Debilidades en la calidad y oportunidad de los datos reportados a las diversas fuentes de SISPRO	000
	3. Mejorar oportunidad y calidad en la notificación de eventos de interés en salud pública, así como la congruencia con los datos de SISPRO	000
	4. Mayor articulación intersectorial de los actores de salud con otras áreas	000
	5. Deficiente capacidad instalada para cubrir la demanda de atenciones en salud	000

Fuente: Actualización Análisis de Situación de Salud Bolívar 2019

NIT. 806.005.597-1

## 6.5. Análisis de los Indicadores Trazadores del Sector Salud

Tabla 17. Indicadores trazadores del Sector salud

Indicador	Línea base	Situación	Problemática	Propuesta
<p>COBERTURA DE VACUNACIÓN CON TRIPLE VIRAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 1 AÑO</p> <p>(indicador de cierre de brechas)</p>	<b>93,6%</b> <b>(2018)</b>	Los indicadores relacionados con vacunación que hacen parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio no lograron las metas establecidas. Sin embargo, el indicador mejoró considerablemente en comparación con periodos anteriores.	En municipios como Arenal, Barranco de Loba, Pinillos y Montecristo se evidenciaron indicadores por debajo del 70%, estos últimos no alcanzaron el 60% de cobertura durante el periodo de 2018. Esto se debe a la falta de gestión por parte de los municipios y zonas de difícil acceso y además el censo poblacional está desfasado con respecto al número de habitantes del municipio. Esto pone en riesgo la salud de los niños al no contar con el cuadro de inmunización que previene enfermedades y complicaciones de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional, en las poblaciones objeto del programa en 45 municipios.</li> </ul>
<p>RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA A 42 DÍAS</p>	<b>41,58</b> <b>por mil nacidos vivos</b> <b>(2018)</b>	La tasa de mortalidad materna ha presentado un comportamiento descendente en comparación con los períodos de 2015 hasta 2017, este último con una razón de 51,60 muertes x 100.000 N.V. Esta situación puede asociarse al aumento de % de partos institucionales.	<p>Ingreso tardío al control prenatal.</p> <p>Municipios con difícil acceso, lo que dificulta la oportunidad de la atención con médicos especialistas.</p> <p>Incumplimiento a los controles prenatales según esquema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer la salud materna, mediante desarrollo de capacidades del talento humano en EPS, IPS y Direcciones Territoriales de Salud implementada en 45 municipios.</li> <li>Construir casas maternas regionales, en el casco urbano del Distrito de Cartagena, municipio de Arjona para el Dique, Magangué para la región de la Mojana y en Zodes Lobas y Magdalena medio.</li> <li>Realizar seguimientos estrictos a las EPS sobre el cumplimiento de indicadores de captación temprana al control</li> </ul>

NIT. 806.005.597-1

				prenatal y seguimiento a inasistentes.
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (indicador de cierre de brechas)	<b>10,87 por mil nacidos vivos (2018)</b>	La tasa de mortalidad infantil, comparando 2018 con 2016, disminuyó en un 3%, pasando de 11,16 a 10,87 por cada mil nacidos vivos	En materia de Infancia las enfermedades del periodo perinatal siguen aún persistiendo en el diagnóstico epidemiológico, siendo los trastornos respiratorios la sub causa más común de enfermedad en esta población.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar estrategias para fortalecer la vigilancia en salud pública de los eventos de interés de salud materno- infantil.</li> </ul>
TASA DE MORTALIDAD PERINATAL	<b>14,00 x 1.000 nacidos vivos (2018)</b>	La tasa de mortalidad perinatal ha venido con un comportamiento horizontal, sin embargo, se evidencia aumento con relación a lo reportado en 2014 12,4 x 1.000 nacidos vivos.	El Subgrupo de afecciones del periodo Perinatal el mayor número de muertes se ha causado en el período del 2005 al 2017 son los Trastornos respiratorios específicos del período perinatal con 40 muertes, En segundo lugar, tenemos el subgrupo de Sepsis bacteriana del recién nacido con 24 muertes, donde la población masculina también representa la mayoría. El tercer lugar es para el Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal con 16 muertes durante este período de tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>ESE con servicios obstétricos dotados, que funcionen en municipios con alta razón de mortalidad materna y perinatal, cumpliendo los indicadores del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad mediante procesos prioritarios asistenciales acreditados.</li> </ul>
LETALIDAD POR DENGUE GRAVE	<b>6,67 % (2018)</b>	En Bolívar la tendencia en la mayoría de años analizados ha sido ascendente, presentando tasas muy superiores a las de Colombia en los últimos años analizados, convirtiéndose así en uno de los	El deficiente manejo de residuos sólidos, asentamientos en zonas no planificadas debido al desplazamiento forzoso, entre otras, ha generado la proliferación de las enfermedades transmitidas por vectores, principalmente en	<ul style="list-style-type: none"> <li>90% de cobertura de la estrategia de gestión integrada para la vigilancia, promoción de la salud, prevención y control de las ETV y las Zoonosis.</li> </ul>

NIT. 806.005.597-1

		principales eventos de seguimiento e intervención en salud pública. En Colombia se mantiene también un comportamiento ascendente.	población menor de 18 años.	
PORCENTAJE DE EMBARAZO ADOLESCENTE DE 15 A 19 AÑOS	<b>26,34 % por nacidos vivos</b>	El embarazo adolescente en el departamento de Bolívar es una problemática que afecta el desarrollo económico y social debido a que interrumpe el ciclo educativo del adolescente, limitando su formación académica y sus oportunidades laborales y de generación de ingreso.	Desconocimiento por parte de la población de métodos de planificación familiar y altas tasas de deserción escolar son algunas de los factores asociados a esta problemática. De igual manera, las falencias en las estructuras administrativas tanto del departamento como los municipios, con una alta rotación del recurso humano capacitado, que en su mayoría no son vinculación directa, ponen en riesgo la efectividad de las acciones de vigilancia en el presente cuatrienio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Implementar la estrategia nacional de prevención de embarazo adolescente.</li> <li>● Implementar programa para el desarrollo de capacidades a nivel institucional y promoción de los derechos sexuales y reproductivos en municipios con mayor porcentaje de embarazo en adolescentes, que involucre a docentes, personal asistencia en salud, población objeto y sus familias.</li> <li>● Concurrir en la creación de servicios amigables para adolescentes y jóvenes, como centros de atención integral que funcionen como sede de las ESE municipales, garantizando estas el personal de salud necesario.</li> </ul>
ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL PARTO	<b>99,5%, % (2017)</b>	En Colombia para el 2017 fue de 98,9% y con relación al departamento de Bolívar fue de 99,5% aumentando levemente con relación al año anterior. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre	Cabe resaltar que se ha avanzado en este indicador trazador, es importante recalcar que no se debe bajar la guardia y seguir implementando las estrategias hasta ahora eficientes y continuar con lo expuesto en la resolución 3280 de 2018.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dotar a las ESE con servicios obstétricos que funcionen en municipios con alta razón de mortalidad materna y perinatal, cumpliendo los indicadores del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad mediante procesos prioritarios asistenciales acreditados.</li> <li>● Continuar con el desarrollo de capacidades a</li> </ul>



NIT. 806.005.597-1

		el valor nacional y el departamental.		comunidad y personal asistencial e implementación de las RIAS en todos los municipios de departamento de Bolívar.
POBLACIÓN AFILIADA A SERVICIOS DE SALUD	<b>87,93% (2018)</b>	A pesar que el departamento cuenta con un porcentaje de población afiliada a servicios de salud, se evidencia descenso en el indicador de la afiliación de la población bolivarense. Por otro lado, es importante analizar la llegada de población migrante que también ha sido un factor importante para el comportamiento de este indicador trazador.	Se identifican como debilidades relevantes en el tema de aseguramiento, la frágil vigilancia y control a las EPS (Entidades Promotoras de Salud) por parte de las autoridades municipales; laxitud en el manejo de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), con recurso humano poco capacitado y comprometido (alta rotación), agravada por la incipiente infraestructura tecnológica en los municipios; insuficiente compromiso de las EAPB (Entidades Administradora de Planes de Beneficios) con la efectiva garantía del goce del derecho en salud a sus afiliados, visible en la prestación de servicios de salud sin oportunidad y calidad en un importante número de ocasiones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depurar la base de datos Única de afiliados (BDUA) departamental en un 97%.</li> <li>• Lograr el 100% de cobertura de acciones departamentales de Inspección, Vigilancia y Control a la gestión del régimen subsidiado en salud a nivel municipal.</li> </ul>
COBERTURA RÉGIMEN SUBSIDIADO	<b>78.2% (2018)</b>	Dos de cada tres personas cuentan con cobertura del régimen subsidiado. Sin embargo, es necesario realizar una depuración de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) con el fin de contar con un dato	Se identifican como debilidades relevantes en el tema de aseguramiento, la frágil vigilancia y control a las EPS (Entidades Promotoras de Salud) por parte de las autoridades municipales; laxitud en el manejo de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), con recurso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr el 100% de cobertura de acciones departamentales de Inspección, Vigilancia y Control a la gestión del régimen subsidiado en salud a nivel municipal.</li> <li>• Depurar la base de datos Única de afiliados (BDUA) departamental en un 97%.</li> </ul>

NIT. 806.005.597-1

		mucho más cercano a la realidad de las condiciones de la población que debe tener acceso a este servicio.	humano poco capacitado y comprometido (alta rotación), agravada por la incipiente infraestructura tecnológica en los municipios; insuficiente compromiso de las EAPB (Entidades Administradora de Planes de Beneficios) con la efectiva garantía del goce del derecho en salud a sus afiliados, visible en la prestación de servicios de salud sin oportunidad y calidad en un importante número de ocasiones.	
PREVALENCIA DE ANEMIA NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS	<b>22,80 % (2018)</b>	El diagnóstico del Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional del departamento de Bolívar muestra que 22.80 % en menores de 5 años presenta déficit nutricional.	El Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional del departamento de Bolívar, de igual manera, muestra que los bolivarenses cuentan con una dieta alta en carbohidratos y grasas saturadas y baja en frutas y verduras, lo que genera además de obesidad, genera deficiencias en micronutrientes.  Es importante citar que la mayoría de las EAPB no cumplen con las coberturas de controles de Crecimiento y Desarrollo donde se pueda captar oportunamente y dar manejo a los niños y niñas con problemas nutricionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar estrategia de abordaje integral e intersectorial de población infantil, mujeres gestantes y adolescentes con estado nutricional e índice de pobreza de alto riesgo, para mejorar garantizar el acceso a los alimentos y generación de hábitos alimenticios saludables.</li> </ul>
NÚMERO DE INSTITUCIONES PRESTADORAS	<b>40 (2019)</b>	El sector de la salud y especialmente las ESE se encuentran en graves riesgos, 16 de las mismas se	El 80% de ESE cuenta con marcadas deficiencias en infraestructura, dotación,	<ul style="list-style-type: none"> <li>ESE en alto riesgo cubiertas con acciones del plan de saneamiento fiscal y financiero (incluye optimización de sistemas contables y gestión para la</li> </ul>



NIT. 806.005.597-1

DE SALUD NIVEL I		encuentren ejecutando un Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Entre estas 15 de baja complejidad y la ESE de alta complejidad Hospital Universitario del Caribe.	tecnología y procesos prioritarios asistenciales.	incorporación a programas de reestructuración de pasivos ley 550.).
------------------	--	---	---	---

Fuente: Elaboración propia a partir de consultas a fuentes válidas de cada indicador.



NIT. 806.005.597-1

## 7. RESULTADOS PRIORIZACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE POBLACIÓN AFILIADA A LAS EAPB

La caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB), en forma articulada con el análisis de la situación de Salud actualizado del departamento permite identificar y priorizar los problemas más relevantes de salud, y pone en práctica el ejercicio de coordinación intersectorial y transectorial que se requiere para realizar una adecuada planeación estratégica y operativa, atendiendo a los lineamientos metodológicos del Ministerio de Protección Social en el marco de la Estrategia Pase a la Equidad, alineando las acciones al Plan Decenal de Salud Pública.

Para la Caracterización de la Población realizadas por las EAPB, cada una de ellas aplicó la metodología estandarizada y difundida a través de la "Guía Conceptual y Metodológica para la caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)", establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objetivo primordial permitir a las EAPB identificar y priorizar los problemas, desagregados por departamento, distrito y municipio donde cuenten con población afiliada y enfocar la gestión del riesgo de sus afiliados en el marco de coordinación intersectorial y transectorial establecido por el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Esta información la cargan anualmente al Ministerio de Salud donde es publicada para su incorporación al Análisis de Situación de salud y a la formulación de los Planes territoriales.

De acuerdo con el último cargue de las caracterizaciones de los afiliados a las EAPB disponible para el año 2019, publicado por el Ministerio de Salud y protección social, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

En el departamento de Bolívar (sin incluir Cartagena) se encuentran operando con afiliados 20 EAPB en el Régimen Contributivo, 14 EAPB en el régimen subsidiado, y 4 en el Régimen de Excepción para un total de 38 EAPB. Se registran en BDUA un total de 1.009.717 afiliados, de los cuales la mayor parte pertenecen al Régimen Subsidiado (895.508), lo que corresponde al 89%, mientras que en el régimen contributivo se registran 94.939 (9%) y en el régimen de excepción 18.310(2%). De acuerdo con información suministrado por la Dirección de Aseguramiento y Prestación de Servicios, se hace claridad frente a la información del cargue que las EAPB Salud Vida, Comparta, Medimas, y Emdisalud fueron retiradas, por lo que no operan actualmente en el departamento y sus afiliados fueron trasladados a otras EAPB. Famisanar y Cruz Blanca tienen muy pocos afiliados de movilidad. Compensar no opera tampoco en Bolívar. El Fondo de Pasivos de Ferrocarriles que después fue operado como Caprecom, tampoco opera actualmente. La EPS Servicio Occidental de Salud es la misma SOS nació como contributiva y maneja afiliados de movilidad, lo que significa que entran y salen del departamento.

Las EAPB con mayor número de afiliados son: Asociación Mutual Ser E.S.S CON 43,47% del total de afiliados en el departamento, seguido de Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó (AMBUQ) con 12,37% , Coosalud con 7,83% y Comfamiliar con 6,9%, Nueva EPS. SA

58



NIT. 806.005.597-1

con el 5,64% y Cajacopi con 4,75%. Todas estas pertenecientes al régimen subsidiado. Tabla 18.

**Tabla 18. Entidades Administradoras de Planes de Beneficio  
Departamento de Bolívar 2019**

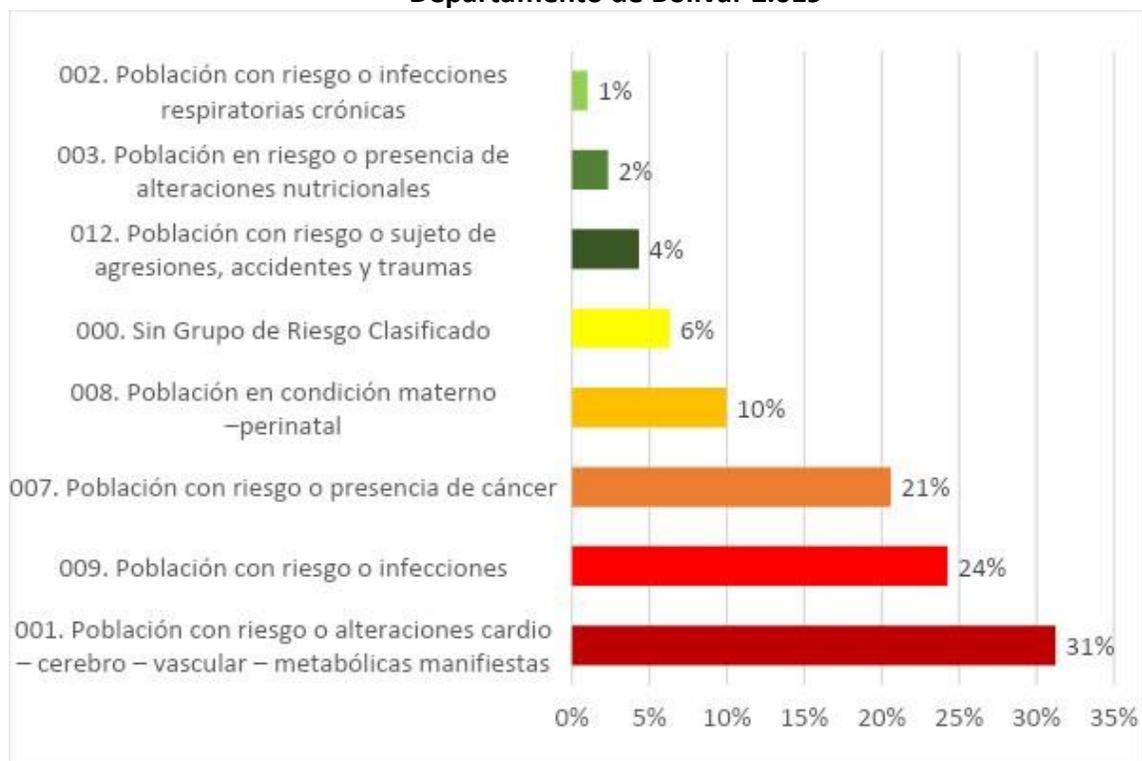
Régimen	Código Entidad	Nombre EAPB	Número Afiliados BDUJ	Porcentaje de Afiliados
CONTRIBUTIVO	CCFC55	CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO-CM	787	0,08%
	EPS033	SALUDVIDA S.A. E.P.S	2.650	0,26%
	EPS037	LA NUEVA EPS S.A.	18.845	1,87%
	EPS041	LA NUEVA EPS S.A.-CM	484	0,05%
	EPSC33	SALUDVIDA S.A. E.P.S.-CM	786	0,08%
	ESSC07	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS-CM	28.662	2,84%
	ESSC24	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. COOSALUD E.S.S.-	3.287	0,33%
	ESSC76	ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ E.S.S.-CM	1.692	0,17%
	EPS010	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	24	0,00%
	ESSC33	COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA-COMPARTA-CM	6	0,00%
	EPS002	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	8.634	0,86%
	EPS005	E.P.S. SANITAS S.A.	58	0,01%
	EPS017	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	3	0,00%
	EPS044	MEDIMAS	20.484	2,03%
	ESSC02	EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S. EMDISALUD ESS-CM	192	0,02%
	EPS016	COOMEVA E.P.S. S.A.	8.210	0,81%
	EPS023	CRUZ BLANCA EPS S.A.	1	0,00%
	EPS018	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS S.O.S. S.A.	1	0,00%
	EAS027	FONDO DE PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NALES	131	0,01%
	EPS008	COMPENSAR E.P.S.	2	0,00%
EXCEPCION	RES004	MAGISTERIO	17.966	1,78%
	RES002	ECOPETROL	342	0,03%
	RES008	UNISALUD	1	0,00%
	RES012	UCORDOBA	1	0,00%
SUBSIDIADO	EPSM33	SALUDVIDA S.A. E.P.S -CM	960	0,10%
	EPSS33	SALUDVIDA S.A. E.P.S	53.179	5,27%
	EPSS37	NUEVA EPS S.A. -CM	3.121	0,31%
	EPSS41	LA NUEVA EPS S.A.	56.997	5,64%
	ESS024	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. COOSALUD E.S.S.	79.098	7,83%
	ESS076	ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ E.S.S.	124.864	12,37%
	ESS207	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS	438.925	43,47%
	ESS133	COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA-COMPARTA	2	0,00%
	CCF007	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGENA "COMFAMILIAR CARTAGENA"	69.702	6,90%
	EPSS44	MEDIMAS	4.310	0,43%
	ESS002	EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S. EMDISALUD ESS	16.051	1,59%
	CCF055	CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	47.928	4,75%
	EPSS02	SALUD TOTAL S.A. E.P.S. CM	380	0,04%
	EPSS16	COOMEVA E.P.S. S.A.-CM	947	0,09%
<b>TOTAL AFILIADOS</b>			<b>1.009.717</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de la Caracterización Poblacional EAPB 2019 MSPS Gestión del Riesgo individual MSPS cargue 2019

En el último cargue de la Caracterización de los afiliados de las EAPB se reportaron los grupos de riesgos priorizados para cada uno de los municipios del departamento por las EAPB que tienen influencia en cada uno de ellos. Cada EAPB priorizó 2 grupos de riesgo y sus respectivos indicadores en los municipios. Al analizar esta información se evidenció que en la caracterización realizada para las EAPB del régimen subsidiado, los grupos de riesgo más priorizados en población general fueron: Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas (31%); Infecciones (24%); Cáncer (21%); Condiciones Materno perinatales (10%). Figura 4.

NIT. 806.005.597-1

**Figura 4. Priorización en Grupos de Riesgos de EAPB del Régimen Subsidiado. Departamento de Bolívar 2.019**



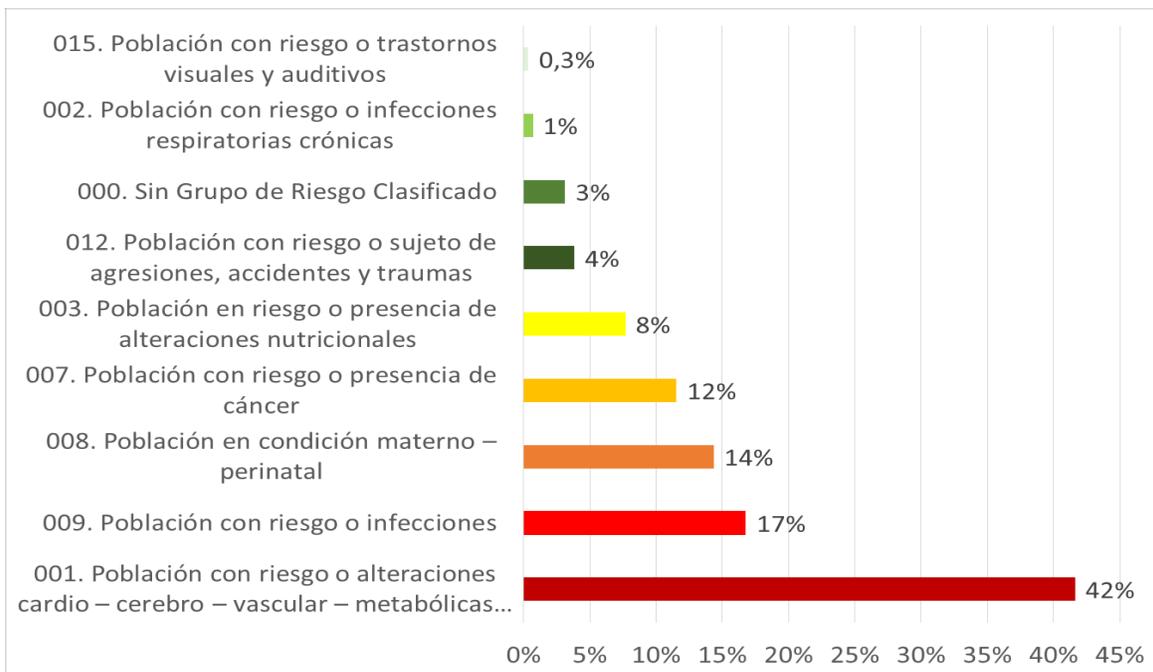
Fuente: Elaboración propia a partir de la Caracterización Poblacional EAPB 2019 MSPS Gestión del Riesgo individual MSPS cargue 2019

Los indicadores priorizados con mayor frecuencia por las EAPB subsidiadas en los 3 grupos de riesgo más importantes fueron: para el grupo de riesgo 001. cardio - cerebro – vascular - metabólico: Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años, Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años y Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus. En el grupo de riesgo 009. Infecciones: Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida, Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años, Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles, Prevalencia registrada de VIH/Sida. En el grupo de riesgo 007. Presencia de Cáncer: Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero, Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer, Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cérvix, Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años.

En la caracterización realizada para las EAPB del régimen contributivo, los grupos de riesgo más priorizados en población general fueron: Alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas (42%); Infecciones (17%); Condiciones Materno perinatales (14%), Cáncer (12%), Alteraciones nutricionales (8%). Figura 5.

NIT. 806.005.597-1

**Figura 5. Priorización en Grupos de Riesgos de EAPB del Régimen Contributivo Departamento de Bolívar 2.019**



Fuente: Elaboración propia a partir de la Caracterización Poblacional EAPB 2019 MSPS Gestión del Riesgo individual MSPS cargo 2019

Los indicadores priorizados con mayor frecuencia por las EAPB Contributivas en los 3 grupos de riesgo más priorizados fueron: para el grupo de riesgo 001. cardio - cerebro – vascular - metabólico: Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años, Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años, Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 año, Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB. En el grupo de riesgo 009. Infecciones: Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles, Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida, Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años, Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida. En el grupo de riesgo 008. Condición materno perinatal: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo, Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB, Tasa de mortalidad perinatal, Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer.

Al comparar los resultados de la priorización realizada por las EAPB y la priorización de la problemática de salud en el ASIS Bolívar 2019, se establecen las siguientes coincidencias:

Para el primer grupo de riesgo priorizado por las EAPB existen coincidencias en la priorización por dimensiones en la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, en los cuales tres problemas están priorizados directamente relacionados con ese grupo de riesgo como: Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, Morbilidad por enfermedades cardiovasculares, Morbi-mortalidad por diabetes mellitus.

El segundo grupo de riesgo priorizado por las EAPB coincide entre los regímenes contributivo y subsidiado pues para las EAPB correspondiente a las Infecciones grupo de riesgo 009, el cual en el ASIS departamental 2019 tiene problemáticas priorizadas en las



NIT. 806.005.597-1

dimensiones: Salud Ambiental, Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, Vida saludable y enfermedades transmisibles. El tercer grupo de riesgo priorizado mayormente por las EAPB difiere entre regímenes pues para el régimen subsidiado es Cáncer 007, mientras que para el contributivo es el de Materno Perinatal.

Para el grupo de riesgo cáncer en el ASIS del departamento se consideraron problemáticas en las dimensiones Vida saludable y condiciones no transmisibles y Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. Mientras que para el grupo de riesgo Materno perinatal en el ASIS se priorizaron problemáticas en las dimensiones Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos y seguridad alimentaria nutricional.

A partir de este análisis se encuentran francas coincidencias entre los grupos de riesgos considerados prioritarios por las EAPB tanto contributivas como subsidiadas frente a las problemáticas priorizadas en las dimensiones en el ASIS 2019. Sin embargo, existen problemáticas en cada una de las dimensiones del ASIS que no aparecen en las prioridades principales, y deberán abordarse en el marco de las dimensiones y desarrollar acciones en cada uno de los municipios de acuerdo con sus situaciones de salud y prioridades, por lo que se recomienda que los municipios revisen las matrices de caracterización y los indicadores conjuntamente con las EAPB para concertar posteriormente las acciones desde sus competencias de tal manera que los logros propuestos y esperados por las EAPB del departamento de Bolívar para cada uno de los indicadores de las intervenciones sobre las prioridades de salud en sus poblaciones afiliadas reciban el ajuste necesario durante esa concertación, brindando adecuada articulación de las intervenciones colectivas con la gestión del riesgo individual en pos del logro de cobertura e impacto en los indicadores de resultado en salud de los bolivarenses.



NIT. 806.005.597-1

## 8. CONFIGURACIÓN ACTUAL DEL TERRITORIO Y METAFORA QUE LA IDENTIFICA

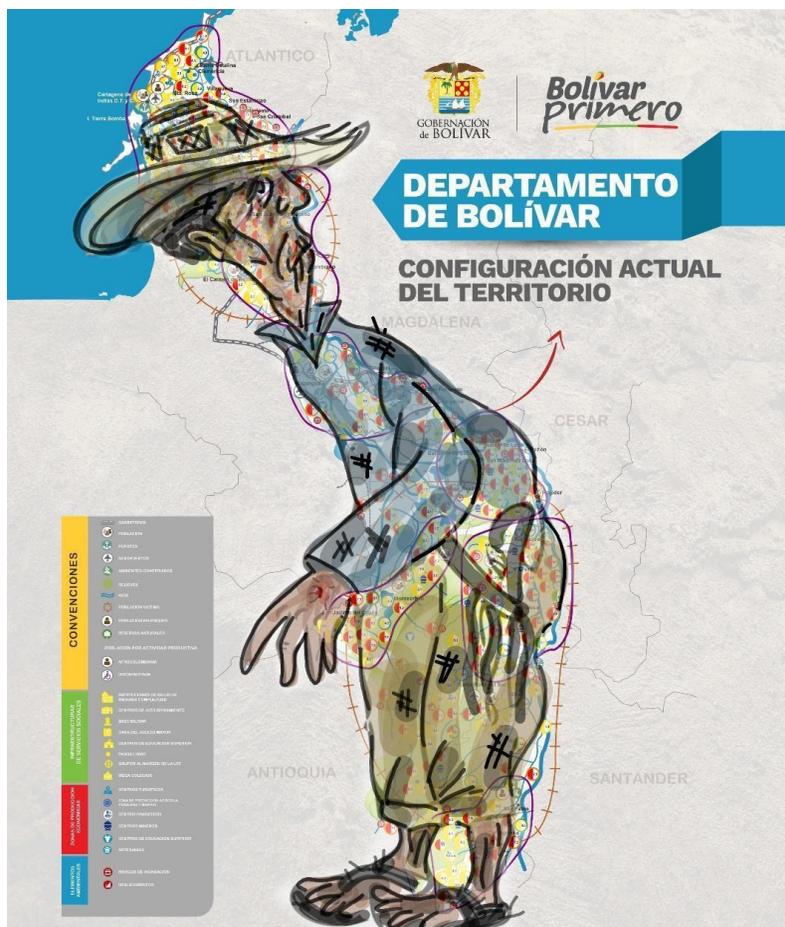
La configuración actual del departamento de Bolívar se asemeja a la imagen de un campesino desaliñado, usando una vestimenta deteriorada, que refleja las precarias condiciones económicas en el sector rural que le impiden el goce de una buena calidad de vida a la población, generando necesidades a partir de las condiciones desfavorables de una débil estructura social e institucional. Su calzado desgastado, representa las dificultades del acceso a vías que le permitan sacar sus productos y comercializarlos para garantizar su independencia y prosperidad económica. En su contextura delgada, se representa la difícil situación alimentaria por la que atraviesan algunas de las familias bolivarenses tanto en las zonas urbanas como rurales dispersas. Su piel, cuarteada por el sol, lo expone a enfermedades cutáneas y neoplasias. Su sombrero desgastado, no lo protege de las condiciones ambientales que también lo hacen más susceptible a las enfermedades transmitidas por vectores y a los brotes estacionales de infecciones respiratorias. Su expresión de preocupación e incertidumbre, demuestra las condiciones de estrés que desmejoran su salud mental y la convivencia social, ligada también a los años de violencia sufrida a raíz del conflicto armado, y el desplazamiento hacia las zonas urbanas, desarraigándolo de su entorno, y que aun cuando un proceso de paz, le devolvió la esperanza, intenta reaparecer trayendo nuevas preocupaciones, presionando y amenazando de nuevo la tranquilidad del departamento.

Esta imagen no es congruente con la riqueza del departamento, no se compagina con el beneficio que debería generar el aprovechamiento de nuestras potencialidades sobre la afectación positiva de la salud y el bienestar del bolivarenses, pues los determinantes del orden poblacional, político, económico, social, ambiental, y cultural tal como hoy se configuran, desalían y afectan cada día más a la población. Los principales generadores a través del tiempo subyacen en una estructura social debilitada por la falta de gobernanza en los municipios, que materializa deficiencias educativas, de salud, sanitarias, de infraestructura, agravadas en algunos momentos por la violencia y el conflicto armado recrudescida principalmente en el centro y sur del departamento. Se suman reforzadores relacionados con la complejidad de nuestra geografía, dada la existencia de áreas rurales dispersas con dificultades para el acceso y deficiente infraestructura de vías que se constituyen en barreras para el uso efectivo de los servicios de salud. Entre otros aspectos determinantes están las acciones de inspección, vigilancia y control sanitario deficientes, condiciones del ambiente natural inapropiadas y deficiencias de ambiente construido, así como la baja capacidad desarrollada para la gestión de los procesos de la salud pública de gobernantes, secretarías de salud y demás actores del sistema general de seguridad social en salud en los municipios, que favorecen la afectación de las condiciones de vida y el bienestar de los bolivarenses. Sin embargo, el espíritu sigue allí, la esperanza sigue latente en el corazón del bolivarenses, luchando contra la adversidad y buscando un mejor futuro y condiciones de vida y bienestar que solo con una buena gobernanza y con el apoyo de todos los sectores le permitirán alcanzar. Figura 6.



NIT. 806.005.597-1

**Figura 6. Mapa de la Configuración actual**



Fuente: Elaboración equipo territorial estrategia PASE a la equidad en Salud

**Figura 7. Racimos y ejes estructurantes y configuración actual del territorio**



Fuente: Elaboración equipo territorial estrategia PASE a la Equidad en Salud



NIT. 806.005.597-1

**EJES ESTRUCTURANTES ACTUALES**

Existen deficientes condiciones sanitarias y ambientales y de conectividad vial en los municipios, propiciadas por las bajas coberturas de acueducto y alcantarillado en zonas urbanas y rurales situación de vieja data, que agudiza el nivel de necesidades básicas insatisfechas, así como prácticas de manejo inadecuado de residuos sólidos y hospitalarios en los prestadores municipales. Las debilidades de los sistemas de transporte terrestre y fluvial dificultan la movilidad y sobre todo el estado pésimo de las vías terciarias en zonas dispersas y urbanas de los municipios de los ZODES Montes de María, Mojana, Lobas y Magdalena medio Bolivarense, repercuten en la oportunidad de la atención en salud incrementando carga de las enfermedades transmisibles, además de limitar el desarrollo económico de las comunidades.

El conflicto armado que existió durante mucho tiempo trayendo violencia e inseguridad principalmente en el centro y sur del departamento, generó el desplazamiento forzado de la población hacia las zonas urbanas disminuyendo las actividades económicas en el campo. Las víctimas de este flagelo fueron beneficiadas en el marco del procesos de paz y reconciliación con ayudas sociales y acciones del gobierno, así como los excombatientes, pero han sido insuficientes, lo que resulta en demandas de servicios de salud, educación y necesidades laborales, dada la poca capacidad resolutive para la atención y asociado a una baja gobernanza, difíciles condiciones socioeconómicas de la comunidad, poca infraestructura física construida, y problemas de seguridad, e incluso la migración de población venezolana. Todo lo anterior, mantiene y refuerza tensiones relacionadas con el deterioro del tejido social y la adopción de estilos de vida inadecuados, reflejado en los altos índices de consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades de salud mental, embarazo en adolescentes, violencia intrafamiliar, abuso sexual, desnutrición y enfermedades crónicas no transmisibles, y escasa salud sexual y reproductiva especialmente en las zonas dispersas y en áreas urbanas principalmente de los zodes Montes de María, Mojana, Loba y Magdalena Medio.

Las barreras de acceso y la baja resolutive de las redes integrales de servicios de salud, aunada a la pésima gestión del riesgo individual por las EAPB, ha sido un generador de la actual situación en salud caracterizada por insuficientes acciones de demanda inducida, desarticulación con las intervenciones colectivas en la población afiliada, y falta de consonancia con lo establecido en el Modelo de acción integral territorial MAITE. Se agrava esta situación con las acciones de inspección vigilancia y controles débiles y la baja calidad de la atención, bajo el cumplimiento de las acciones de promoción y prevención y la poca materialización de la acción intersectorial y transectorial, incidiendo en el incremento de los eventos de salud. Se suma la poca voluntad política institucional en algunos municipios, la inobservancia y falta de implementación de la política de participación social en salud y de otras con enfoques diferenciales potenciando el incremento de la mortalidad y la morbilidad sobre todo en la población materna, perinatal e infantil y en la población mayor propensa al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.





NIT. 806.005.597-1

## 9. CONFIGURACIÓN DESEADA Y METAFORA QUE LA IDENTIFICA

La configuración deseada del departamento de Bolívar se encuentra representada en un campesino renovado que encuentra soluciones a las problemáticas que limitan su bienestar y el goce de una buena calidad de vida. Su cosecha abundante simboliza un óptimo estado de salud que le permite el aprovechamiento de los recursos naturales con el apoyo de todos los sectores, explotando de manera sostenible las fértiles tierras de sus municipios y potenciando y dando valor a la diversidad de los aspectos culturales, sociales y económicos de cada una de las zonas de desarrollo económico y social.

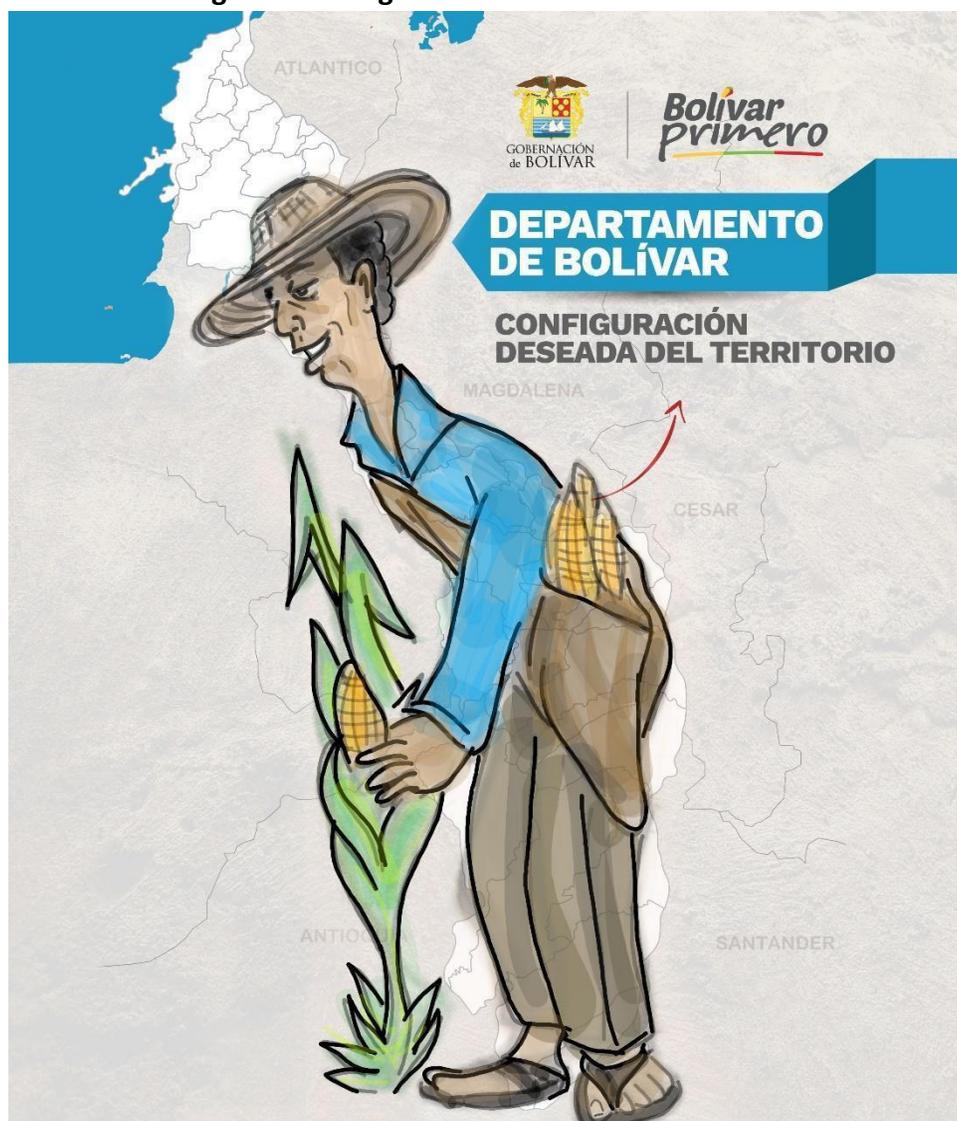
Bolívar quiere ser primero en salud, sin olvidar los más vulnerables, aquellos que han sido abandonados durante muchos años y afectados por problemas de violencia por la débil presencia del estado. Bolívar es un territorio majestuoso, con múltiples áreas, con innumerables limitantes, pero con grandes oportunidades, no ha fallecido a pesar de las dificultades a lo largo del tiempo, a la pobreza y a las barreras de acceso de servicios públicos básicos; desde la provincia ha encarado los obstáculos que le ha impuesto el contexto social y ha alcanzado grandes logros, con la dedicación de sus pobladores y la tenacidad de sus sacrificios, la templanza y el amor por todos y a su cultura caribe.

Sin embargo, hay que continuar labrando el camino preparado, fortalecimiento las capacidades en todos los sectores, priorizando las áreas críticas y sobre todo empoderando a los gobernantes y a los actores sociales, comunitarios con el enfoque de participación social, en pos de ejercer una mejor gestión pública que logre el bienestar de todos los bolivarenses. No hay duda que con disposición, entrega, organización, templanza, fervor y empoderamiento de la visión de desarrollo que se propone para este cuatrienio transformaremos la imagen del campesino agobiado en un campesino dignificado y con la frente en alto, el cual refleja en su sonrisa el mejoramiento de su calidad de vida para prosperar dando uso y aprovechamiento a las riquezas naturales del territorio, lo que significa la afectación positiva de los determinantes de la salud de sus habitantes atendiendo a los enfoques diferenciales de las poblaciones vulnerables y a la equidad, desarrollando y afianzando las capacidades, reencontrándolo con su identidad cultural, libre de sufrimientos, violencia, limitantes emocionales, haciéndolo cada vez más auténtico, desde el apoyo firme de un gobierno y una institucionalidad comprometida con el desarrollo de la sociedad.

El Departamento de Bolívar transformará el estado de salud de su población, apuntando al mejoramiento de la prestación de servicios bajo el modelo de Acción Integral territorial, la gestión integral en salud pública liderada intersectorialmente, desde un enfoque diferencial que contribuya a la disminución de brechas de inequidad y reducción de la morbilidad y la mortalidad. Será reconocido a nivel nacional y regional por la optimización de sus recursos naturales y garantía de condiciones básicas que permitan una mejor calidad de vida, el retorno del capital humano al campo, la reactivación económica, el equilibrio en la demanda de servicios. Una provisión de mecanismos de transporte fluviales, mejoramiento de vías terrestres, y aprovechamiento de los ríos Magdalena y Cauca, como principales aliados para la conectividad, y garantizar el acceso a la atención en salud.

NIT. 806.005.597-1

**Figura 8. Configuración deseada del territorio**



Fuente: Elaboración equipo territorial estrategia pase

#### EJES ESTRUCTURANTES DESEADOS

El mejoramiento de las condiciones sanitarias y ambientales a través de la acción intersectorial y transectorial que mitiguen las necesidades básicas insatisfechas, que gestionen el acceso a programas de acceso a una vivienda digna, la culminación y establecimiento de nuevos proyectos carretables adecuados y pertinentes y de la seguridad y disponibilidad del transporte fluvial, así como la intensificación de las acciones de inspección vigilancia y control sanitario en sus diferentes componentes y sobre el manejo adecuado de los residuos sólidos y hospitalarios en los municipios; de igual forma, propiciar el mejoramiento de las condiciones de acceso, accesibilidad oportunidad y demás atributos de calidad en la prestación de servicios de acuerdo con lo establecido en el Modelo de acción Integral MAITE y bajo la implementación de un Modelo de asistencia técnica unificado para el desarrollo de capacidades que mejoren la resolutivez de los prestadores. Mejoramiento del sistema de transporte terrestre y fluvial, para generar mayor movilidad y la facilidad para interconectar los municipios con las capitales apalancando la prosperidad económica de las zonas dispersas y cabeceras, acciones que deben ser contextualizadas según las necesidades de los Zodes. Habilitación



NIT. 806.005.597-1

de servicios con monitoreo y seguimiento de los PAMEC de las IPS y fortalecimiento de la Inspección Vigilancia y control en salud para garantizar que los prestadores de las redes integrales de prestación de servicios de salud cumplan con los criterios reglamentarios para operar con calidad. Del mismo modo, EAPB empoderadas y articuladas con la autoridad sanitaria, todo esto impactará positivamente en la reducción de la morbimortalidad de la población bolivarense y el goce de una buena calidad de vida.

La garantía de la consolidación de la paz y la seguridad en zonas que presentaron altos índices de violencia por el conflicto armado, manteniendo y garantizando las condiciones adecuadas para el retorno de la población al campo, activando el desarrollo económico rural y el fortalecimiento del potencial humano para un mejor aprovechamiento de los recursos naturales y culturales, condiciones que disminuirán las presiones poblacionales sobre las cabeceras y la capital del departamento haciendo más viable la oferta de la prestación de servicios. Fortaleciendo la resolutiveidad y la gestión institucional de los sectores para tener una gobernanza audaz que establezca y promueva la acción articulada entre la sociedad civil, los sectores de desarrollo económico, social e institucional, facilitando la generación de empleo y la provisión de servicios para las zonas donde residen las víctimas del conflicto y excombatientes. Esto resulta en la generación de un tejido social renovado y en la consecuente adopción de estilos de vida saludable para la disminución de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, contrarrestando la carga de enfermedades relacionadas con el envejecimiento y la discapacidad, promoviendo una adecuada nutrición y enfrentando flagelos que afectan la convivencia social y la salud mental como el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia intrafamiliar; con cero tolerancia a la vulneración de los derechos de niños y niñas, al embarazo adolescente; garantizando también la participación social la inclusión desde el enfoque de equidad de género.

El fortalecimiento de la acción intersectorial y su fin último, la transectorialidad, bajo el liderazgo permanente de la autoridad sanitaria en cumplimiento cabal de sus roles, en aras de disminuir las dificultades para las fallas de calidad de la prestación de los servicios de salud y de la capacidad instalada para la adecuada resolutiveidad de las redes integrales de prestación, con un engranaje consolidado y permanente con las EAPB para fortalecer la gestión del riesgo individual, la demanda inducida y desde los entes territoriales las acciones colectivas complementarias entre sí. Incrementando las acciones en educación, promoción y prevención desde todos los sectores: Educación, Deporte, Cultura, Desarrollo e Infraestructura, agricultura y otros que aborden con empoderamiento la visión de su aporte a la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y a la promoción del autocuidado. Entendiendo que solo la amalgama de estos esfuerzos articulados permitirá mitigar la prevalencia e incidencia de eventos en salud en los bolivarenses; encarando los determinantes sociales con una visión transectorial con efectiva inspección vigilancia y control del sistema y sanitario y una vigilancia epidemiológica robusta para intervenir los eventos de interés oportunamente. Materializando la voluntad política que vincule a la gestión departamental y municipal la implementación de la política de participación social en salud y otras políticas con enfoques diferenciales para disminuir la mortalidad, la morbilidad sobre todo en la población materna, perinatal e infantil y en la población mayor propensa al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.





NIT. 806.005.597-1

## 10. VENTAJAS Y OPORTUNIDADES

VENTAJAS	OPORTUNIDADES
Municipios con interacción con ciudades importantes de otros Departamentos, que favorecen el intercambio social, cultural, económico y la comunicación con éstos.	Riqueza forestal que se puede aprovechar en el sector económico y como producción empresarial.
Recursos hídricos de dos grandes ríos: Magdalena y el Cauca y todas las bondades que esto implica en cuanto a transporte, y oportunidades de actividades económicas	La minería en una mejor explotación y bajo medidas ambientales y de control, que generan opciones de trabajo para las comunidades.
Presencia de grandes extensiones de ganado y frutos de la pesca.	La diversidad cultural permite aprovechar los escenarios como estrategias para la promoción y prevención.
Ejecución de proyectos ambientales en el aprovechamiento de la energía solar y el agua y se contribuye a la no contaminación del medio ambiente.	Avance en la promoción de la artesanía y orfebrería al exterior. Ferias turísticas con despliegue internacional.
Sitios emblemáticos ricos en biodiversidad e históricos como el distrito Turístico y cultural de Mompox para todo tipo de turismo.	Nuevas vías y puentes, así como infraestructura hospitalaria reciente de segundo nivel en Simití y Mompox

## 11. COMPONENTE ESTRATEGICO A MEDIANO PLAZO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

### 11. 1. VISIÓN

Para el año 2023, Bolívar se posicionará como uno de los departamentos con mejores condiciones de salud, en donde las transformaciones en lo ambiental, lo social y económico serán prioridades del trabajo intersectorial impulsado desde la autoridad sanitaria, con liderazgo y coordinación entre los actores del sistema en pos del mejoramiento de calidad de la prestación de los servicios de la salud, en consonancia con el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), y fortaleciendo las acciones de promoción y prevención con los enfoques diferenciales del Plan decenal de Salud Pública, considerando el contexto cultural y territorial, de tal forma que se generen y mantengan entornos saludables y se atiendan integralmente a los grupos más vulnerables, con una mirada especial a las zonas rurales, basando la gestión del sector en principios de transparencia y participación social, para que con el concurso de todos, seamos primeros en salud.

### 11.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS

#### 11.2.1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA

- Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud. La equidad en salud es el razonable beneficio que requiere cada individuo para el desarrollo de su potencial de vida con el goce de un bienestar integral, en ausencia de diferencias





NIT. 806.005.597-1

evitables e injustas, como valor ético inherentemente normativo, a través de la acción sinérgica de todos los sectores involucrados en el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud. De tal manera, la equidad en salud es un imperativo ético para alcanzar la justicia social, un derecho inalienable de los ciudadanos y un deber del Estado, al ser garante del derecho consagrado en la Constitución.

- Mejorar las condiciones de vida y salud de la población Las condiciones de vida son los medios materiales (vivienda, servicios, trabajo, escuela, entornos, alimentación e ingresos) necesarios para la supervivencia, evitar la miseria y contribuir al desarrollo humano sostenible y saludable. Están influenciadas por los estilos de vida, que son las formas sociales culturalmente aceptadas por las personas. La sinergia entre condiciones y estilos de vida se conoce como el modo de vida; circunstancias que están influenciadas por el acceso a los servicios básicos de salud y de protección social.
- Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables. En el estado de salud de la población, los servicios de salud juegan un papel muy importante, aunque no único; por consiguiente, para mantener o mejorar dicho estado de salud, los servicios pueden considerarse necesarios pero no suficientes, ya que contribuyen a disminuir la morbilidad y mortalidad máximo en un 25%, mientras los Determinantes Sociales de la Salud aportan el 50%, los biológicos el 15% y los ambientales el 10%.

#### 11.2.2. OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

- Promover el mejoramiento de las condiciones ambientales y sanitarias del departamento, así como modos, condiciones y estilos de vida saludables, el acceso y aprovechamiento de los alimentos, entornos saludables, y la gestión del riesgo frente a emergencias y desastres, enmarcados en las políticas sociales y de salud, proyectos productivos y educativos, y estrategias en salud pública que incidan en salud de las diferentes poblaciones según los contextos sociales y culturales del departamento.
- Generar procesos de transformación institucional y cohesión e inclusión social, bajo el fortalecimiento de las capacidades básicas de vigilancia y de respuesta en salud pública, sistemas de información, infraestructura para la ejecución de acciones en salud pública, la oferta de servicios, el talento humano en salud calificado, el seguimiento y control institucional y el empoderamiento de la comunidad de manera que se impacte positivamente en las acciones de promoción, prevención y la atención en salud.
- Garantizar todas las acciones tendientes proveer el aseguramiento en salud, el acceso a la atención sin barreras administrativas, una red de servicios de salud que brinde atención básica y compleja para todos los ZODES, bajo un modelo integral de prestación de servicios con enfoque preventivo, asistencial y trabajo colectivo que funcione de forma eficiente, segura, con calidad y oportunidad, acorde con las demandas de toda la población, en especial las más vulnerables.



NIT. 806.005.597-1

### 11.3. OBJETIVOS Y METAS POR PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS

#### 11.3.1. SALUD AMBIENTAL

##### OBJETIVO:

- Promover condiciones ambientales saludables a través de la intervención en los determinantes sociales y en la prevención de factores de riesgo relacionados con el medio ambiente que disminuyan los efectos negativos en la salud y favoreciendo el desarrollo social con participación activa de la comunidad.

Este programa busca la articulación de políticas, la planificación y desarrollo transectorial, con la participación de los diferentes actores sociales, para favorecer y promover la calidad de vida y salud de la población, de las presentes y futuras generaciones, y materializar el derecho a un ambiente sano, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales. Tiene dos subprogramas que son: Hábitat saludable y Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales.

##### Indicadores de Resultado y metas

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)
Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años	Tasa Por 100.000	2018	0,79	Mantener la tasa de mortalidad por EDA en 0,79 x 100.000 menores de 5 años
Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	Tasa Por 100.000	2018	15,76	Disminuir la tasa de mortalidad por IRA a 15,42 x 100.000 menores de 5 años
Tasa mediana de incidencia de dengue	Tasa Por 100.000	2017	112,52	Mantener la tasa mediana de incidencia de dengue en 112,52 por 100.000 habitantes
Tasa de incidencia de intoxicación por plaguicidas	Tasa Por 100.000	2018	5,02	Mantener la tasa de incidencia de intoxicación por plaguicidas en 5,02 x 100.000 habitantes
Tasa de incidencia de rabia humana	Tasa Por 100.000	2019	0	Mantener la tasa de incidencia de rabia humana en 0 x 100.000 Habitantes



NIT. 806.005.597-1

**Indicadores de Producto y metas****Hábitat Saludable**

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios vigilados en la calidad del agua para consumo humano	Número	2019	45	45	Salud
Consejo Territorial de Salud Ambiental funcionando con la participación de todos los actores	Número	2019	0	1	Salud
Municipios priorizados caracterizados y capacitados para el desarrollo de acciones de promoción y prevención de la contaminación del aire	Número	2019	2	7	Salud
Municipios priorizados capacitados en acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de entornos saludables	Número	2019	22	23	Salud
Municipios caracterizados y capacitados para el desarrollo de acciones de promoción y prevención de la contaminación por sustancias químicas	Número	2019	20	12	Salud

**Situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales**

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Establecimientos de interés sanitario vigilados y controlados cumpliendo con la normatividad sanitaria vigente	Porcentaje	2019	100	100	Salud
Cobertura de vacunación canina y felina alcanzada en el departamento de Bolívar	Porcentaje	2018	84%	90%	Salud



NIT. 806.005.597-1

### 11.3.2. VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

#### OBJETIVO:

- Fortalecer las capacidades de la población para la disminución de factores de riesgo modificables que conllevan a la aparición de enfermedades no transmisibles y para la reducción de las complicaciones a las que estas conllevan por medio de la ampliación de los servicios y de la atención intersectorial a la población vulnerable.

Busca el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de la vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles enfoque diferencial. Consta de dos subprogramas: Modos, condiciones y estilos de vida saludables y Condiciones crónicas prevalentes.

#### Indicadores de Resultado y metas

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades del sistema circulatorio	Tasa por 100.000	2018	46,58	Reducir a 43,2 por 100 mil personas entre 30 y 70 años la tasa de mortalidad prematura por enfermedades del sistema circulatorio
Tasa de mortalidad prematura por diabetes mellitus	Tasa por 100.000	2018	6,38	Reducir a 6,18 por 100 mil personas entre 30 y 70 años la tasa de mortalidad prematura por diabetes mellitus
Tasa de mortalidad ajustada por tumor maligno de cuello uterino	Tasa por 100.000	2018	6,15	Mantener la tasa de mortalidad ajustada por tumor maligno de cuello uterino en 6,15 por 100.000 mujeres
Tasa de mortalidad por leucemia aguda pediátrica linfóide	Tasa por 100.000	2017	1,63	Mantener la tasa de mortalidad por leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años) en 1,63 por 100.000 menores de 15 años
Índice COP promedio a la edad de 12 años	Número	2018	1,54	Disminuir a 1,0 el Índice COP promedio a la edad de 12 años



NIT. 806.005.597-1

### Modos, condiciones y estilos de vida saludables

#### Indicadores de Producto y metas

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con la estrategia nacional 4x4, ampliada e implementada	Número	2019	10	24	Salud
Municipios con la estrategia nacional Conoce tu riesgo peso saludable, socializada e implementada	Número	2019	1	8	Salud

#### Condiciones crónicas prevalentes

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Personal del sector salud instruido en guías y protocolos de prevención y manejo de enfermedades crónicas no transmisibles, alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva	Porcentaje	2019	80	80	Salud
Prestadores de servicios de salud públicos con ruta de promoción y mantenimiento de la salud para el componente de cánceres priorizados implementada	Número	2019	0	8	Salud
Prestadores de servicios de salud Públicos con el módulo de cáncer infantil de la Estrategia AIEPI para la detección temprana del cáncer en menores de 18 años implementado	Número	2019	0	8	Salud
Municipios con la estrategia "Soy generación más sonriente", adoptada	Número	2019	32	45	Salud



NIT. 806.005.597-1

### 11.3.3. CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

#### OBJETIVO:

- Contribuir a la gestión integral de los riesgos asociados a la salud mental y la convivencia social, mediante la intervención de los factores de riesgo y el mejoramiento de la capacidad de respuesta institucional y comunitaria en esta temática.

Implica el establecimiento de espacios de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en el territorio. Consta de 2 subprogramas: Promoción de la salud mental y la convivencia. Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia.

#### Indicadores de Resultado y metas

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)
Tasa de mortalidad ajustada por lesiones autoinfligidas intencionalmente	Tasa por 100.000	2018	3,82	Mantener la tasa de mortalidad ajustada por lesiones autoinfligidas intencionalmente en 3,82 por 100.000 habitantes
Prevalencia de uso en el último año de cualquier sustancia ilícita en población escolar	Porcentaje	2016	4,8	Mantener la prevalencia de uso en el último año de cualquier sustancia ilícita en población escolar en 4,8%
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar	Tasa por 100.000	2018	20,17	Reducir la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar a 19,80 por 100.000 habitantes

#### Indicadores de Producto y metas

##### Promoción de la salud mental y la convivencia social

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con política de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas adoptada y adaptada	Número	2019	0	45	Salud



NIT. 806.005.597-1

**Prevención integral de problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia**

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios priorizados con estrategias para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas implementado	Número	2019	6	12	Salud
ESE municipales con profesionales de la salud y el área social capacitados en guías y protocolos asociados a la salud mental	Número	2019	22	45	Salud
Municipios asistidos técnicamente a través de estrategia de tele-orientación para la atención psicológica integral en el marco de la pandemia de covid-19	Número	2019	0	45	Salud

**11.3.4. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL**

**OBJETIVO:** Garantizar el derecho a la alimentación sana y de calidad en la población a través del control de la calidad, aprovechamiento, disponibilidad y disminución de riesgos sanitarios de los alimentos desde una perspectiva intersectorial para la prevención y reducción de las deficiencias nutricionales y los eventos relacionados a estas.

Se basa en acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial. Consta de tres subprogramas, e los cuales solo dos son de competencia del sector salud: Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos e Inocuidad y calidad de los alimentos, este segundo se aborda desde la dimensión fortalecimiento a la autoridad sanitaria.



NIT. 806.005.597-1

**Indicadores de Resultado y metas**

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	Tasa por 100.000	2018	12,6	Disminuir la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años a 9,15 por 100.000 menores de 5 años
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	Porcentaje	2018	7	Mantener el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en 7%
Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 5 a 12 años	Porcentaje	2015	18,7	Mantener la prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 5 a 12 años en 18,7%
Cobertura de acciones de Inspección Vigilancia y control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos en tiendas, supermercados y establecimientos gastronómicos, así como del transporte asociado a dichas actividades en el 100% de las de las cabeceras municipales y 25% de áreas rurales bajo el enfoque del riesgo	Porcentaje	2019	90	Mantener el 90% de Cobertura de acciones de Inspección Vigilancia y control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos en tiendas, supermercados y establecimientos gastronómicos así como del transporte asociado a dichas actividades en el 100% de las de las cabeceras municipales y 25% de áreas rurales bajo el enfoque del riesgo

**Indicadores de Producto y metas****Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos**

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con Grupos Participativos Locales (Redes, Veedurías) con capacidades para la promoción de la participación social y comunitaria en la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas y proyectos de SAN	Número	2019	6	30	Salud



NIT. 806.005.597-1

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con lineamientos y rutas de seguridad alimentaria y nutricional - SAN socializados e implementados	Número	2019	0	45	Salud
Municipios con la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) y el método madre canguro implementado y certificado	Número	2019	2	5	Salud
EAPB con seguimiento en la disponibilidad y capacidad resolutive de la red de prestadores de servicios para la atención de la desnutrición en población menor de 5 años y en las gestantes	Porcentaje	2019	100	100	Salud
Municipios con Instituciones educativas públicas con la estrategia tiendas escolares saludables adoptada e implementada.	Porcentaje	2019	0	25	Salud
Municipios con estrategia masiva de desparasitación antihelmíntica ejecutada	Número	2019	0	12	Salud

#### Inocuidad y calidad de los alimentos

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios (cabeceras y corregimientos) con tiendas y supermercados con acciones de IVC sanitario bajo el enfoque de riesgo ejecutadas	Número	2019	45	45	Salud
Municipios con acciones de IVC sanitario para el transporte de alimentos (puestos de control) bajo el enfoque de riesgo ejecutadas	Número	2019	0	12	Salud



NIT. 806.005.597-1

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con acciones de IVC sanitario a los establecimientos gastronómicos bajo el enfoque de riesgo ejecutadas	Número	2019	45	45	Salud
Municipios con representantes legales de establecimiento de alimentos y sus manipuladores capacitados y actualizados para la aplicación del Nuevo Modelo de Inspección Vigilancia y control sanitario según normatividad Vigente	Número	2019	6	27	Salud

### 11.3.5. SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

#### OBJETIVO:

- Promover, generar y desarrollar medios y mecanismos que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, que permita, además, el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital y de las comunidades, de manera que impacten positivamente en el comportamiento social y cultural de estas para la reducción de la morbilidad a la que conllevan los eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Incluye el conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades. Consta de dos subprogramas: Promoción de derechos sexuales y reproductivos y equidad de género y Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos.

#### Indicadores de Resultado y metas

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)
Porcentaje de embarazo adolescente de 15 a 19 años	Porcentaje	2018	26,34	Disminuir el porcentaje de embarazo adolescente de 15 a 19 años a 25%



NIT. 806.005.597-1

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)
Razón de mortalidad materna a 42 días	Muertes por 100.00 nacidos vivos	2018	41,58	Mantener la razón de mortalidad materna a 42 días en 41,58 muertes por 100.000 nacidos vivos
Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años	Tasa por 1.000	2018	3,87	Disminuir la tasa de Fecundidad en mujeres de 10 a 14 Años a 2,11 nacidos vivos por cada mil mujeres de 10 a 14 años
Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH	Porcentaje	2017	0	Mantener el porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en 2% o menos
Tasa de incidencia de VIH notificado	Tasa por 100.000	2018	14,45	Mantener la tasa de incidencia de VIH notificado en 14,45 por 100.000 habitantes o menos
Tasa de incidencia de sífilis congénita	Porcentaje	2018	1,96	Disminuir la tasa de incidencia de sífilis congénita a 1,0 por 1.000 nacidos vivos

#### Indicadores de Producto y metas

#### Promoción de derechos sexuales y reproductivos y equidad de género

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Entidades territoriales que cuentan con al menos 1 espacio transectorial y comunitario que coordinará la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos	Número	2019	31	40	Salud

#### Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con ruta integral de atención materno-perinatal implementada	Número	2019	0	45	Salud
Municipios con la ruta de atención integral a víctimas de la violencia sexual establecida	Número	2019	16	32	Salud

NIT. 806.005.597-1

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con servicios integrales en salud sexual y reproductiva dirigidos a la población de adolescentes y jóvenes (12 a 28 años) implementados	Número	2019	23	39	Salud
Municipios con cumplimiento de los lineamientos para el funcionamiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH	Número	2019	45	45	Salud
Municipios con cumplimiento de lineamientos para la prevención de ITS-VIH SIDA	Número	2019	45	45	Salud
Municipios con cumplimiento de los lineamientos para el funcionamiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis	Número	2019	45	45	Salud

### 11.3.6 VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

#### OBJETIVO:

- Implementar medidas que faciliten la reducción y control de enfermedades transmisibles en los territorios a través del fortalecimiento de la capacidad de intervención del departamento para el favorecimiento de la reducción de brechas de inequidades sociales y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

Es un espacio de acción sectorial, transectorial y comunitario que busca garantizar el disfrute de una vida sana, en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible. Consta de tres subprogramas: Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas; Enfermedades inmunoprevenibles y Enfermedades endemoepidémicas.





NIT. 806.005.597-1

**Indicadores de Resultado y metas**

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)
Tasa de mortalidad por Tuberculosis	Tasa por 100.000	2018	1,32	Mantener la tasa de mortalidad por tuberculosis en 1,32 por 100.000 habitantes
Tasa de discapacidad grado 2 por Enfermedad de Hansen	Tasa por 1.000.000	2017	1,8	Reducir la tasa de discapacidad grado II por Enfermedad de Hansen a 1,1 por 1.000.000 habitantes
Coberturas de vacunación de los biológicos que hacen parte del esquema nacional	Porcentaje	2019	85,2	Aumentar las coberturas de vacunación de los biológicos que hacen parte del esquema nacional a 95%
Letalidad por dengue grave	Porcentaje	2018	6,67	Reducir la Letalidad por Dengue grave a 2%
Tasa mediana de incidencia de dengue	Tasa Por 100.000	2017	112,52	Mantener la tasa mediana de incidencia de dengue en 112,52 por 100.000 habitantes
Letalidad por leishmaniasis	Porcentaje	2018	16,67	Reducir la letalidad por Leishmaniasis a 13,4%
Morbilidad por leishmaniasis	Casos por 100.000	2018	15,1	Reducir progresivamente la morbilidad por leishmaniasis a 6,71 casos por 100.000 habitantes
Tasa de mortalidad por rabia humana	Tasa por 100.000	2019	0	Mantener la tasa de mortalidad por rabia en 0 por 100.000 habitantes
Letalidad por Chagas	Porcentaje	2018	0	Mantener la letalidad por Chagas en 0%
Tasa de mortalidad por malaria	Tasa por 100.000	2019	0	Mantener la tasa de mortalidad por malaria en 0 por 100.000 habitantes



NIT. 806.005.597-1

**Indicadores de producto y metas**

**Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas**

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con desarrollo de capacidades para la implementación del plan estratégico “hacia el fin de la tuberculosis”	Número	2019	45	45	Salud
Municipios con desarrollo de capacidades para la implementación del plan estratégico de prevención y control de la enfermedad de Hansen	Número	2019	45	45	Salud

**Enfermedades inmunoprevenibles**

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con capacidades fortalecidas para el cumplimiento de las normas técnicas y lineamientos del programa ampliado de inmunizaciones	Número	2019	45	45	Salud
Aseguradores con capacidades desarrolladas para la ejecución de planes de seguimiento del programa ampliado de inmunizaciones	Número	2019	10	10	Salud
Municipios con IPS vacunadoras con capacidades fortalecidas para la implementación del Sistema de Información Nominal del PAI	Número	2019	45	45	Salud
Red de frío departamental adecuada para el almacenamiento, conservación y distribución de biológicos	Número	2019	1	1	Salud



NIT. 806.005.597-1

### Enfermedades endemoepidémicas

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
IPS Públicas con talento humano capacitado para la atención con calidad a pacientes con Enfermedades transmitidas por vectores	Número	2019	46	46	Salud
Municipios con capacidades desarrolladas para la implementación de la EGI ETV orientadas a la reducción de la carga Económica social de la enfermedad	Número	2019	20	45	Salud
Municipios con capacidades desarrolladas para la implementación de acciones regulares para la prevención de Enfermedades Transmitidas por vectores y zoonosis	Número	2019	8	8	Salud
Municipios con Focos caracterizados de leishmaniasis con acciones sostenidas de promoción y prevención implementadas	Número	2019	8	8	Salud
Plan de eliminación de la rabia humana transmitida por animales de compañía y en el ciclo silvestre que incluya esquema de vacuna pre exposición a rabia en poblaciones priorizadas ejecutado	Porcentaje	2019	100	100	Salud
Plan de Interrupción de la transmisión del Trypanosoma CRUZI con miras a la eliminación y para otras especies vectores Domiciliarias en control ejecutado	Porcentaje	2019	100	100	Salud
IPS Públicas con talento humano capacitado para la atención a pacientes con malaria con calidad ,oportunidad y acceso	Número	2019	10	10	Salud





NIT. 806.005.597-1

### 11.3.7 SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

**OBJETIVO:** Garantizar la protección de la vida y la integridad de la población ante la presencia de emergencias y desastres involucrando a la comunidad en la práctica de medidas de prevención y en el manejo de situaciones de urgencia, promoviendo la gestión del riesgo y aumentando la capacidad de respuesta institucional.

Espacio de acción sectorial, transectorial y comunitaria, que propende por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias o desastres que tengan impacto en salud pública, procurando reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo como un proceso social que orienta la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas, proyectos y acciones permanentes para el conocimiento, la reducción del riesgo y el manejo de emergencias y desastres, con el fin de contribuir en la seguridad sanitaria, el bienestar, la calidad de vida de las personas y al desarrollo sostenible en el territorio nacional. Posee dos subprogramas: Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres y Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres.

#### Indicadores de Resultado y metas

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)
Porcentaje de IPS públicas de mediana complejidad con índice de seguridad hospitalario frente a emergencias y desastres alto	Porcentaje	2019	25	Aumentar hasta el 100% el porcentaje de IPS públicas de mediana complejidad con índice de seguridad hospitalario frente a emergencias y desastres alto

#### Indicadores de producto y metas

##### Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
IPS públicas con Planes Hospitalarios de Gestión Integral del Riesgo de Desastres ajustado a Normatividad vigente	Número	2019	20	46	Salud
IPS con programa de Hospitales seguros frente a desastres revisado y evaluado	Número	2019	20	46	Salud



NIT. 806.005.597-1

### Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Centro Regulador de Urgencias y Emergencias Departamental funcionando en óptimas condiciones y articulado con el Distrito de Cartagena	Número	2019	1	1	Salud
Municipios priorizados con el sistema de emergencias médico reglamentado e implementado	Número	2019	0	5	Salud
Red de toxicología departamental implementada	Número	2019	0	1	Salud

#### 11.3.8. SALUD Y ÁMBITO LABORAL

**OBJETIVO:** Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y medio ambiente de trabajo, mediante la prevención de los riesgos laborales y ocupacionales que puedan afectar negativamente el estado de bienestar y salud de la población trabajadora, y la promoción de la salud principalmente de poblaciones laborales vulnerables de Bolívar, con enfoque diferencial.

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones, y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía. Consta de dos subprogramas: Seguridad y salud en el trabajo y Situaciones prevalentes de origen laboral.

#### Indicadores de Resultado y metas

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)
Tasa de accidentalidad laboral	Porcentaje	2018	5,2	Disminuir a 5,0% la tasa de accidentalidad laboral



NIT. 806.005.597-1

### Indicadores de producto y metas

#### Seguridad y salud en el trabajo

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con la normativa para la afiliación de trabajadores al SGRL socializada	Número	2019	24	45	Salud
Municipios con población trabajadora informal caracterizada	Número	2019	24	45	Salud

#### Situaciones prevalentes de origen laboral

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales implementadas	Número	2019	11	22	Salud
Municipios asistidos técnicamente para la inclusión de la dimensión de salud y ámbito laboral en sus planes de salud territoriales	Número	2019	24	45	Salud

### 11.3.9. GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES

**OBJETIVO:** Garantizar la atención integral en salud para la reducción de las inequidades sociales que afectan a las poblaciones vulnerables tales como primera infancia, infancia y adolescencia, envejecimiento y vejez, víctimas de violencia de género y sexual, poblaciones étnicas discapacitados y víctimas del conflicto, por medio del desarrollo de capacidades, la intervención intersectorial y el acompañamiento permanente en salud a estas poblaciones.

El enfoque diferencial es concebido como “un método de análisis que tiene en cuenta las diversidades e inequidades en nuestra realidad, con el propósito de brindar una adecuada atención y protección de los derechos” de los sujetos y colectivos. Se toman en cuenta las diferencias de género, identidad sexual y étnica, edad y situación de salud, entre otras, con el fin de evidenciar las formas de exclusión, discriminación y dominación que se ejercen sobre las personas y sobre los colectivos, como efecto de las diversas asimetrías en las relaciones de poder en las cuales participan. a través de la gestión del conocimiento y el



NIT. 806.005.597-1

fomento del uso de la información se orientan políticas y estrategias para afectar ampliamente las desigualdades que comúnmente experimentan las poblaciones con mayor vulnerabilidad (niños, niñas, adolescentes, víctimas del conflicto armado, grupos étnicos, personas en situación de discapacidad y personas mayores), que acceden a la oferta sanitaria del sistema de salud. El programa o dimensión consta de los siguientes subprogramas: Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes; Envejecimiento y vejez; Salud y género; Salud en poblaciones étnicas; Discapacidad; Víctimas del conflicto armado interno.

#### Indicadores de Resultado y metas

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)
Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa por 1.000	2018	10,87	Disminuir la tasa de mortalidad infantil a 10,67 muertes por 1.000 nacidos vivos
Tasa de Mortalidad en la niñez	Tasa por 1.000	2018	13,48	Disminuir la tasa de mortalidad en la niñez a 13,18 muertes por 1.000 nacidos vivos
Porcentaje de adultos mayores con atención integral y el cuidado en salud con enfoque diferencial	Porcentaje	2019	60	Mantener el porcentaje de adultos mayores con atención integral y el cuidado en salud con enfoque diferencial en el 60%
Cobertura de atención integral a las víctimas de violencias de género y violencias sexuales	Porcentaje	2019	40	Mantener la cobertura de atención integral a las víctimas de violencia de género y violencias sexuales en el 40%
Cobertura departamental en la atención psicosocial a la población indígena en el marco del lineamiento de enfoque diferencial cultural	Porcentaje	2019	0	Lograr un 50% de cobertura departamental en la atención psicosocial a la población indígena en el marco del lineamiento de enfoque diferencial cultural
Porcentaje de personas con discapacidad con atención integral en salud con enfoque diferencial	Porcentaje	2019	25	Mantener el porcentaje de personas con discapacidad en atención integral en salud con enfoque diferencial en 25%
Cobertura de atención psicosocial integral a las víctimas del conflicto armado	Porcentaje	2019	56	Mantener el 56% de cobertura de atención psicosocial integral a las víctimas del conflicto armado



NIT. 806.005.597-1

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)
Cobertura de acceso de las víctimas del conflicto armado a la participación social en los diferentes espacios de decisiones	Porcentaje	2019	56	Mantener el 56% de Cobertura de acceso de las víctimas del conflicto armado a la participación social en los diferentes espacios de decisiones
Cobertura de atención integral con enfoque diferencial a la población reinsertada	Porcentaje	2019	100	Mantener el 100% Cobertura de atención integral con enfoque diferencial a la población reinsertada

### Indicadores de Producto y metas

#### Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con planes de mejoramiento producto de mortalidades infantiles integradas evaluados y monitoreados	Porcentaje	2019	100	100	Salud
Municipios con la estrategia AIEPI en el componente clínico comunitario y organizacional adoptada e implementada	Número	2019	12	24	Salud
Municipios asistidos en la adopción e implementación de la política pública de infancia y adolescencia	Número	2019	12	24	Salud
Municipios con la estrategia Mil Primeros Días adoptada e implementada	Número	2019	8	16	Salud
Municipios priorizados con implementación y adopción del proyecto "Pellízcate" relacionado con la formación de niñas, niños y adolescentes como promotores de prácticas claves de AIEPI	Número	2019	8	8	Salud





NIT. 806.005.597-1

**Envejecimiento y vejez**

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con rutas integrales adoptadas y monitoreadas para la gestión de la política de envejecimiento y vejez	Número	2019	10	25	Salud
Municipios implementado políticas de humanización en servicios de salud a los adultos mayores	Número	2019	22	37	Salud
Municipios con Centros Día y Centros de bienestar para las personas adultas mayores con atención integral, funcionando según la normatividad vigente	Número	2019	22	37	Salud
Municipios con un modelo de envejecimiento humano activo y saludable para personas adultas mayores, implementado y monitoreado	Número	2019	0	15	Salud
Municipios con acciones de promoción y de prevención del envejecimiento humano activo articuladas en los espacios educativos dirigidos a la infancia, adolescencia, juventud y adultez	Número	2019	0	5	Salud

**Salud y género**

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Consolidación de la base de datos de mujeres violentadas en el marco del conflicto armado	Porcentaje	2019	100	100	Salud



NIT. 806.005.597-1

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Entidades Territoriales cumpliendo los estándares de evaluación para la operación de red de servicios de atención integral a víctimas de violencias de género y violencias sexuales	Número	2019	0	20	Salud

#### Salud en poblaciones étnicas

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios priorizados con asentamientos indígenas con acciones de promoción, prevención y atención en salud diferencial	Número	2019	6	19	Salud

#### Discapacidad

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Personas con discapacidad certificadas e incluidas en el Registro para Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad RLCPD	Porcentaje	2019	0	15	Salud
Municipios con Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad implementada y Evaluada	Número	2019	30	45	Salud
Municipios con lineamientos de Rehabilitación Funcional- RHBF, y Rehabilitación Integral – RHI articulados intersectorialmente	Número	2019	0	24	Salud



NIT. 806.005.597-1

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Personas con acceso a los productos de apoyo en el marco de la rehabilitación funcional excluidos del POS	Número	2019	2300	2900	Salud
Municipios implementando protocolos de humanización en servicios de salud y atención inclusiva para las personas con discapacidad	Número	2019	18	34	Salud

#### Víctimas del conflicto armado interno

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado	Número	2019	20	45	Salud
Acciones en salud, ordenadas por la Corte Constitucional, sentencias, tribunales y fallos, a favor de población con Planes de Reparación Colectiva (PRC) y Retornos voluntarios, garantizados	Porcentaje	2019	100	100	Salud
Municipios con programa departamental de educación y formación a líderes y población general víctima del conflicto armado para promoción de la salud y gestión del riesgo con énfasis en derechos humanos y derecho internacional humanitario, diseñado e Implementado	Número	2019	20	20	Salud





NIT. 806.005.597-1

### Población excombatiente

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del conflicto armado	Número	2019	1	6	Salud

### 11.3.10. FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD

**OBJETIVO:** Fortalecer las capacidades de los sectores relacionados con la autoridad sanitaria para una adecuada planificación, intervención y seguimiento de la gestión en salud que permita la atención a toda la población de Bolívar y disminuya la brecha social causada por las condiciones de pobreza.

Busca que la Entidad Territorial mejore su función como autoridad sanitaria, mediante el ejercicio de planificación e integración de las acciones relacionadas con la producción social de la salud, dentro y fuera del sector salud, y con la respuesta del sector, por medio del fortalecimiento de la regulación, conducción, gestión financiera, fiscalización, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social, ejecución de las acciones colectivas y garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de servicios de salud.

#### Indicadores de Resultado y metas

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)
Índice de desempeño de la gestión Integral en salud	Porcentaje	2019	99,77	Lograr un índice de desempeño de la gestión integral en salud Igual o Mayor a 80%
Porcentaje de implementación del plan de gestión del conocimiento y sistemas de información en salud	Porcentaje	2019	100	Implementar en un 100% el plan de gestión del conocimiento y sistemas de información en salud
Porcentaje de implementación del plan de desarrollo de capacidades para el fortalecimiento de los procesos de gestión de la salud pública	Porcentaje	2019	100	Implementar en un 100% el plan de desarrollo de capacidades para el fortalecimiento de los procesos de gestión de la salud pública





NIT. 806.005.597-1

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)
Porcentaje de implementación del Plan de acción de participación social en salud	Porcentaje	2019	20	Implementar en un 100% el Plan de acción de participación social en salud
Porcentaje de formulación, monitoreo y evaluación de las intervenciones colectivas de la promoción de la salud y gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida conforme a las características de calidad definidas para las mismas.	Porcentaje	2019	100	Mantener en un 100% la formulación, monitoreo y evaluación de las intervenciones colectivas de la promoción de la salud y gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida conforme a las características de calidad definidas para las mismas
Cobertura de aseguramiento en salud del régimen subsidiado	Porcentaje	2019	98,1	Aumentar la cobertura de aseguramiento en salud del régimen subsidiado hasta el 100%
Redes integrales de servicios con modelo de atención basado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud implementada en el marco del Modelo de Acción Integral Territorial MAITE	Porcentaje	2019	14	Lograr el 70% de Redes integrales de servicios con modelo de atención basado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud implementada en el marco del Modelo de Acción Integral Territorial MAITE
Cumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública	Porcentaje	2019	100	Mantener en el 96% o más el porcentaje de cumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública
Cobertura de Inspección Vigilancia y control en Salud	Porcentaje	2019	100	Mantener la cobertura de Inspección Vigilancia y control en salud en 100%
Cobertura de Inspección Vigilancia y control sanitario de medicamentos	Porcentaje	2019	100	Mantener el 100% de cobertura de la inspección vigilancia y control sanitario de medicamentos



NIT. 806.005.597-1

### Indicadores de Producto y metas

#### Planeación integral en salud

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Entes territoriales asistidos técnicamente para la elaboración anual de los Análisis de Situación de Salud ASIS (incluyendo el ASIS del Departamental) de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección social	Porcentaje	2019	100	100	Salud
Entes territoriales (Departamento y municipios) asistidos técnicamente para la elaboración, monitoreo y evaluación del plan territorial en salud	Porcentaje	2019	100	100	Salud
Proyectos de inversión en salud formulados y aprobados según normatividad vigente y articulado con las metas del Plan de Desarrollo y el Plan Territorial de Salud	Porcentaje	2019	100	100	Salud
Planes bienales de inversión en salud revisados y monitoreados	Porcentaje	2019	100	100	Salud
Proyectos de inversión en salud radicados en el banco de proyectos de la Entidad Territorial evaluados financiera y técnicamente	Porcentaje	2019	100	100	Salud
Procesos de la gestión de la salud pública caracterizados con procedimientos, indicadores, mapas de riesgo documentados y actualizados de acuerdo con el Modelo Integral de Planeación y Gestión (MIPG) y el MECI	Porcentaje	2019	90	100	Salud



NIT. 806.005.597-1

### Gestión del conocimiento y sistema de información en salud

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con capacidades fortalecidas en Sistemas de Información y gestión del conocimiento en Salud	Número	2019	45	45	Salud

### Participación social en salud

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con planes de acción de participación social en salud implementados	Número	2019	9	22	Salud

### Desarrollo de capacidades para la gestión en salud pública

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Entidad territorial departamental de salud con capacidades desarrolladas para la ejecución de los procesos de gestión de la salud pública en el marco de la política de atención integral en salud	Número	2019	1	1	Salud
Municipios con capacidades desarrolladas para la ejecución de los procesos de gestión de la salud pública en el marco de la política de atención integral en salud	Número	2019	45	45	Salud



NIT. 806.005.597-1

**Aseguramiento en salud**

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Sostenibilidad del Régimen Subsidiado en Salud	Porcentaje	2019	100	100	Salud
Municipios beneficiados con acciones de desarrollo de capacidades para la gestión eficiente del régimen subsidiado en salud	Número	2019	45	45	Salud
Base de Datos Única de Afiliados depurada	Porcentaje	2019	86	97	Salud

**Prestación y desarrollo de Servicios de Salud**

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Secretarías locales de Salud con gestión de la prestación de servicios individuales de salud Monitoreada y evaluada	Número	2019	0	45	Salud
EAPB/IPS con intervenciones de protección específica, detección temprana y acciones de atención integral de eventos de interés en salud pública monitoreadas y evaluadas	Número	2019	4	12	Salud
Plan de asistencia técnica para el fomento y desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y fortalecimiento de la Gestión integral del Riesgo en salud ejecutado	Porcentaje	2019	100	100	Salud
Empresas Sociales del Estado asesoradas en la implementación centros de costos por servicio y optimización de procesos contables y financieros	Número	2019	0	18	Salud



NIT. 806.005.597-1

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
IPS de mediana y alta complejidad para la atención de servicios No POS e IPS de baja complejidad de municipios no certificados auditadas respecto a la calidad de la Atención en Salud	Número	2019	21	25	Salud
Servicios de telemedicina implementados en municipios priorizados	Número	2019	6	12	Salud
Plan de mejoramiento de infraestructura y dotación hospitalaria avalado según documento red de prestación de servicios y plan bienal de inversiones departamental, formulado y ejecutado	Porcentaje	2019	16	100	Salud
Proyecto de expansión hospitalaria para la atención en la emergencia sanitaria covid19 formulado y ejecutado	Número	2019	0	1	Salud
Plan de dotación de ambulancias a Empresas Sociales del Estado ejecutado	Número	2019	1	1	Salud

### Vigilancia en Salud pública

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con desarrollo de capacidades para el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública	Número	2019	45	45	Salud
Nuevos operadores caracterizados y capacitados en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA	Porcentaje	2019	92	95	Salud
Análisis de las muertes por eventos de interés en salud pública ejecutados	Porcentaje	2019	95	95	Salud





NIT. 806.005.597-1

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Laboratorios de la Red departamental con acciones de vigilancia implementadas con calidad y en articulación con otras redes de vigilancia sanitaria	Número	2019	60	70	Salud
Laboratorio departamental de salud Pública con capacidad resolutoria dotado y adecuado para eventos de interés en salud pública	Número	2019	1	1	Salud

#### Gestión programática de la salud pública

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios asistidos técnicamente, monitoreados y evaluados en relación con la ejecución técnica, financiera y administrativa de los planes de salud pública de intervenciones colectivas	Número	2019	45	45	Salud
Plan de salud pública e intervenciones colectivas departamental, formulado, implementado, monitoreado y evaluado	Número	2019	1	1	Salud
Estrategia de Información en salud implementada en 45 municipios para el manejo de IRA e IRA asociado a Covid -19	Número	2019	0	1	Salud



NIT. 806.005.597-1

**Inspección, Vigilancia y Control**

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Cumplimiento del plan de visitas programado de acuerdo a los componentes definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	Porcentaje	2019	80	90	Salud
Cobertura de Acciones de Inspección, Vigilancia y Control al Flujo de recursos programados	Porcentaje	2019	90	100	Salud
Municipios operando Satisfactoriamente al menos tres mecanismos de participación Social	Número	2019	0	22	Salud
Ranking anuales de evaluación de gestión municipales Elaborados, Publicados y socializados	Número	2019	0	4	Salud
Municipios con metodología GAUDI, implementada para la auditoría del régimen subsidiado	Porcentaje	2019	0	80	Salud

**Inspección Vigilancia y Control Sanitario de medicamentos**

Nombre del indicador	Unidad de medida	Año	Línea de base	Meta del cuatrienio (2020-2023)	Dependencia responsable
Municipios con establecimientos de comercialización, de medicamentos vigilados bajo el enfoque del Modelo basado en Riesgos	Número	2019	45	45	Salud
Establecimientos farmacéuticos autorizados con medicamentos monopolio del estado y sustancias sometidas a fiscalización disponibles dispensadas de acuerdo con Normatividad vigente	Porcentaje	2019	100	100	Salud





NIT. 806.005.597-1

## 12. COMPONENTE OPERATIVO PLURIANUAL DE INVERSIONES EN SALUD

**Artículo Segundo:** Adóptese como parte integral del Plan de Desarrollo 2020 – 2023 “Bolívar Primero”, el Componente Operativo y de Inversión Plurianual del Plan Territorial de Salud, en el que se define el plan de inversiones por programas y fuentes de financiación, tal como se observa en la siguiente tabla:

**Tabla 19. COMPONENTE OPERATIVO PLURIANUAL DE INVERSIONES EN SALUD**

PROGRAMAS	AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2022	AÑO 2023	FUENTES DE FINANCIACIÓN
SALUD AMBIENTAL	\$ 2.951.625.798	\$ 3.054.932.701	\$ 3.161.855.345	\$ 3.272.520.283	SGP
VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	\$ 1.241.339.200	\$ 1.284.786.072	\$ 1.329.753.585	\$ 1.376.294.960	SGP
CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	\$ 1.288.954.056	\$ 1.334.067.448	\$ 1.380.759.809	\$ 1.429.086.402	SGP
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	\$ 3.263.948.315	\$ 3.378.186.506	\$ 3.496.423.034	\$ 3.618.797.840	SGP
SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	\$ 2.621.973.800	\$ 2.713.742.883	\$ 2.808.723.884	\$ 2.907.029.220	SGP
VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	\$ 6.730.348.674	\$ 6.965.910.878	\$ 7.209.717.758	\$ 7.462.057.880	SGP TRANSFERENCIAS NACIONALES
SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.	\$ 1.071.000.000	\$ 1.108.485.000	\$ 1.147.281.975	\$ 1.187.436.844	RENTAS CEDIDAS
SALUD Y AMBITO LABORAL	\$ 523.432.800	\$ 541.752.948	\$ 560.714.301	\$ 580.339.302	RENTAS CEDIDAS
GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES ESPECIALES	\$ 5.060.689.232	\$ 5.237.813.355	\$ 5.421.136.823	\$ 5.610.876.611	SGP RENTAS CEDIDAS TRANSFERENCIAS NACIONALES
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	\$ 55.869.827.444	\$ 57.825.271.405	\$ 59.849.155.904	\$ 61.943.876.360	SGP RENTAS CEDIDAS
<b>TOTAL INVERSIÓN</b>	<b>\$ 80.623.139.319</b>	<b>\$ 83.444.949.195</b>	<b>\$ 86.365.522.417</b>	<b>\$ 89.388.315.702</b>	

**ARTÍCULO 3: (Considérense).** Para garantizar el éxito del proceso de planificación y la gestión pública se tendrán como principios y fases del proceso de planificación, los establecidos en la Ley 152 de 1994, en especial de los siguientes:

**1. Coherencia.** Los programas, subprogramas y proyectos del Plan Territorial de Salud “Bolívar Primero 2020 – 2023”, deben tener una relación efectiva con las estrategias y objetivos establecidos en éste.





NIT. 806.005.597-1

**2. Ejecución.** Con la coordinación de la Secretaría de Salud Departamental, todas las dependencias de la administración departamental, centralizadas y descentralizadas, trabajarán en la formulación y ejecución de los diferentes instrumentos de planificación para esta fase, tales como: Plan Indicativo, Plan Operativo Anual de Inversiones – POAI y Presupuesto, en articulación con el Plan Indicativo de Salud y su Componente Operativo Anual de Inversiones – COAI. En tal sentido, todas las dependencias de la administración departamental, centralizadas y descentralizadas, formularan su correspondiente plan de acción para cada vigencia del periodo de gobierno, en articulación con el Plan de Acción en Salud, a cargo de la Secretaría de Salud Departamental, en el marco de la Comisión Intersectorial de Salud Pública Departamental; la cual se creará como espacio de coordinación y articulación intersectorial, para el cumplimiento de las metas de resultado en salud. El plan de acción en salud, será socializado con el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, para posteriormente ser aprobado por el Consejo de Gobierno, dentro de los dos meses siguientes a la aprobación del Plan Territorial de Salud.

**3. Seguimiento y evaluación.** La gestión pública moderna demanda un proceso de control y seguimiento continuo, por parte de los organismos fiscalizadores, la comunidad y de la misma Administración Departamental. Por ello y acorde con lo estipulado en la Ley 152 de 1994, el Plan Territorial en Salud, será sujeto de seguimiento y evaluación permanentemente por parte de la Secretaría de Planeación Departamental, con base en los reportes de ejecución y evaluación que le debe presentar la Secretaría de Salud Departamental; así mismo la Secretaría de Planeación retroalimentará a la Secretaría de Salud, con el reporte de ejecución presentado por las demás dependencias de la Gobernación de Bolívar, que tengan correspondencia con las metas de resultado en salud. Esto permitirá proporcionar los elementos necesarios para la acción correctiva y el establecimiento de responsabilidades entre los ejecutores y sus resultados, para este efecto, una vez adoptado el Plan Territorial de Salud, la Secretaría de Salud Departamental, deberá elaborar el plan indicativo en el cual desagregaran las metas globales del plan por vigencia; grupo poblacional y nivel de atención de acuerdo con su ciclo de vida (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adulto mayor) o condición social; etnia, discapacidad, genero, victimas, desplazamiento forzado, LGBTI, etc. y territorio (municipio y departamento).

**4. Rendición de Cuentas.** Con el fin de generar transparencia y mayores condiciones de confianza entre los ciudadanos y el Gobernante, se fortalecerá el ejercicio del control social de la administración a través de la democracia participativa, con el fin de que la rendición de cuentas se convierta en la mejor práctica social y política de interlocución entre la Administración y la ciudadanía. La rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud 2020-2023 “BOLIVAR PRIMERO EN SALUD”, será coordinada por la Secretaría de Salud, para ser integrada en la rendición de cuentas del Plan de Desarrollo “BOLÍVAR PRIMERO”, coordinada por la Secretaría Privada, con la finalidad que el Gobernador informe a la comunidad, y dé las respuestas por las diversas situaciones que se presentaren, incluso, si es el caso, recibiendo las no conformidades, en aras de fortalecer la gobernabilidad y el cumplimiento de lo pactado en su Programa de Gobierno.

**ARTICULO 4:** El Gobernador del Departamento, de conformidad con la ley, garantizará la armonía, coherencia y articulación entre todas las dependencias de la administración, para que se realicen las actividades requeridas con el propósito de ejecutar, desarrollar y evaluar las políticas, objetivos, planes, programas, subprogramas y metas contenidas en el Plan Territorial de Salud 2020-2023 “BOLIVAR PRIMERO EN SALUD”.



NIT. 806.005.597-1

**ARTICULO 5:** El Gobernador de Bolívar, mediante acto administrativo, determinará los procedimientos que homologarán en el Plan Territorial de Salud 2020-2023 los proyectos que estén en ejecución en el momento de entrada en vigencia de esta ordenanza, conforme lo dispuesto en los artículos 43 y 44 de la Ley 152/94, con el propósito que sirvan de fundamento para el cumplimiento de las metas del nuevo Plan de Desarrollo.

**ARTICULO 6:** El Gobierno Departamental, a través de la Secretaria de Salud, deberá implementar el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), como marco operacional de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

**ARTICULO 7:** Facultase al Gobernador de Bolívar para que dentro de los treinta (30) días siguientes a la expedición de la presente Ordenanza, proceda a realizar los ajustes presupuestales incluyendo las incorporaciones, los créditos y contra-créditos que sean necesarios para articular el nuevo Plan Territorial de Salud “Bolívar Primero en Salud” con el presupuesto de Ingresos y apropiaciones para gastos de la vigencia fiscal 2020, y el nuevo componente plurianual de inversiones contenido en esta Ordenanza.

**ARTÍCULO 8:** Hacen parte integral de este plan, el Plan Financiero Territorial en Salud, (sujeto a modificaciones una vez recibida las observaciones) en revisión por parte de la Dirección de Financiamiento del Ministerio de Salud y Protección Social; que aún no ha certificado su viabilidad, el Plan de Intervenciones de Colectivas en Salud Pública (PIC), las tablas de trabajo resultantes de la implementación de la Estrategia PASE A LA EQUIDAD EN SALUD, y el Plan Indicativo de Salud 2020- 2023.

**ARTÍCULO 9:** La presente Ordenanza rige a partir de la fecha de su promulgación, deroga y modifica todo lo que le sea contrario en lo definido en los programas y subprogramas de la línea Estratégica No. 1.3 “Bolívar Primero en Salud”, que conforma el PRIMER EJE ESTRATÉGICO: BOLÍVAR PROGRESA, SUPERACIÓN DE LA POBREZA, del Plan de Desarrollo 2020 – 2023, BOLIVAR PRIMERO, y demás programas que sean de responsabilidad del sector salud y de otros sectores, que deban ir en coherencia con las disposiciones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

### COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Cartagena de Indias D, T y C, a los treinta (30) días del mes de septiembre del 2020.

**JORGE RODRIGUEZ SOSA**  
Presidente

**ABEL JOSE ARRIETA VEGA**  
Secretario General



NIT. 806.005.597-1

**EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL DE LA ASAMBLEA  
DEPARTAMENTAL DE BOLIVAR**

**CERTIFICA:**

Que la ordenanza **“POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL “PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2020 -2023, BOLIVAR PRIMERO EN SALUD”, DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR**”, surtió los tres debates reglamentarios, dentro del segundo periodo de sesiones extraordinarias del 2020, en las siguientes fechas:

**PRIMER DEBATE:** martes veintidós (22) de septiembre del 2020.

**SEGUNDO DEBATE:** martes veintinueve (29) de septiembre del 2020.

**TERCER DEBATE:** miércoles treinta (30) de septiembre del 2020.

La presente certificación se firma en Cartagena de indias D, T y C el día treinta (30) de septiembre del 2020.

Atentamente

**ABEL JOSE ARRIETA VEGA**  
Secretario General